

ZARZĄDZENIE Nr 14/2017

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 13 marca 2017 r.

**w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych kosztowych
niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń**

Na podstawie art. 31 o ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy podpisali z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowy o przekazywanie danych kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe), stanowiące **Załącznik nr 1** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

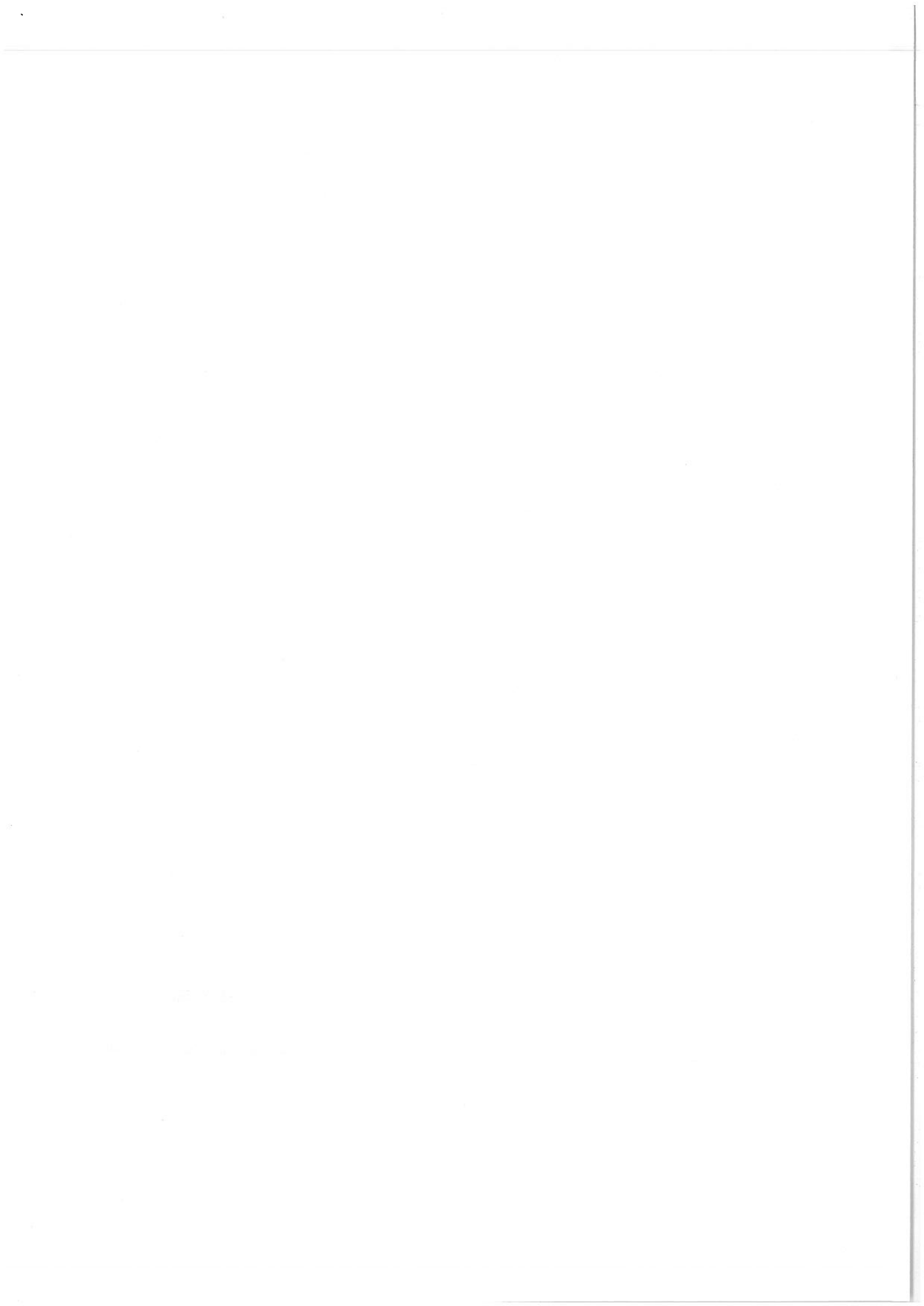
Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy podpisali z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowy o przekazywanie danych kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe - losowanie), stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Wojciech J. Matuszewicz



Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe)

Formularze służą zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji poszczególnych świadczeń stanowiących przedmiot umowy. Poniesione koszty odnieść należy do roku 2015, a w przypadku wybranych świadczeń, w stosunku do II połowy roku 2016.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- w przypadku świadczeń niezabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP,
- w przypadku świadczeń zabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP łącznie z procedurą ICD-9 zgodnie z charakterystyką danej grupy.

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami pod tabelami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości i pytań.

Prosimy o:

- nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmienianie formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- nie dodawanie kolejnych zakładek (arkuszy).

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy".

Informacje o wszystkich świadczeniach, do których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego ze świadczeń.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>

gdzie:

<numer ankiety> – jest numerem nadanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

I. GRUPY ZABIEGOWE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych świadczeń. W jednym wierszu powinny znaleźć się uśrednione dane dotyczące wszystkich przypadków w danym okresie, w których realizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP). W przypadku gdy realizowane zostały więcej niż jedna procedura, informację taką zamieścić należy w zakładce PR. Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne						
Lp.	Kod produktu	Kod ICD-9 procedury	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
	LEGENDA					
a	b	c	d	e	f	Dotyczy liczby pacjentów zadeklarowanych przez świadczeniodawcę w ankiecie lub wylosowanych, o których dane wystąpi AOTMIT
1						g
2						
3						

Hospitalizacja, w tym:										
Średni czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zł]	Obłożenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	Średni koszt - leki	Średni koszt - wyroby medyczne	Średni koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)
Średnia długość = wartość, którą świadczeniodawca przyjmuje do	Kod charakteryzujący specjalność komórki	Średni koszt: rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.,	Średnie obłożenie oddziału w 2015 roku/	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie K; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym: koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie K; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym: koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny	Średni łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione				

h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
wyliczeniu kosztów hospitalizacji; wartość tą wyliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych		Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta [przedstawione w kolumnach P i Q w odniesieniu do danego świadczenia] - koszty procedur medycznych [zewnętrznych] oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne)] / rzeczywista liczba osobodni na oddziale	dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.; liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego kodu produktu)	zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie			w kolumnach P-R nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako średnia wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobodzień!). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wentylacji, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki)		

Procedura zabiegowa, w tym:															
Średni czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej	Średni czas trwania zabiegu/operacji	Kod resortowy pracowni/bloku/sali operacyjnej	Nazwa pracowni/bloku/sali operacyjnej	Koszt infrastruktury bloku/sali zabiegowej przypadający na	Liczba operatorów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie operatorów w za zabieg	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg	Pozostali personel medyczny	Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Średni koszt leków anestezyjologicznych)	Średni koszt wyrobów medycznych	Średni koszt - procedury diagnostyczne	Najczęstszy rodzaj stosowanego znieczulenia	Średni koszt procedury znieczulenia/anestezji

Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, związane z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako całkowita liczba	Średni czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	v	w	x	y	z	aa	ab	ac	Średni koszt przypadający na jedną procedurę [PLN]			ag	ah	
s	t	u									ad	ae	af			

Łączny koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki, wyroby medyczne, procedur, koszty infrastruktury oraz osobodnia, koszty hospitalizacji należy przemnożyć przez średnią długość hospitalizacji
ai

II. GRUPY ZACHOWAWCZE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych świadczeń. W jednym wierszu powinny znaleźć się uśrednione dane dotyczące wszystkich przypadków w danym okresie, w których realizowano dane świadczenie (grupę JGP). Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne			
Lp.	Kod produktu	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniiodawcy
			Kod świadczeniiodawcy Kod świadczeniiodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ
a	b	c	d
1			e
2			
3			f

Hospitalizacja, w tym:										
Średni czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zt]	Obciążenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostali personel medyczny	Średni koszt - leki	Średni koszt - wyroby medyczne	Średni koszt - procedury
Średnia długość = wartość, którą przyjmujemy do wyliczenia kosztów hospitalizacji; wartość tą wyliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu,	Kod charakterystyczny specyfika komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych		Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r. Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta	Średnie obciążenie oddziału w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie J; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie			Średni łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach O-Q nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako średnia wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobodzień!). Koszt procedur w kolumnie Q powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale,		

przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym			[przedstawione w kolumnach O i P w odniesieniu do danego świadczenia] - koszty procedur medycznych [zewnątrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne)]/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	kodu produktu]						np. założenie wenflonu, naktucie żyły czy opieka pielęgniarki)
g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q

łączy koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki wyroby medyczne, procedur, koszty oraz osobodnia z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji
r

III. PL

Poza uśrednionymi danymi o całej populacji pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy_zabiegowe” bądź „Grupy_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o produktach leczniczych stosowanych w realizacji danego świadczenia: rodzaj tych produktów oraz średnim zużyciu w procesie realizacji jednego świadczenia, a także o częstości zastosowania w całej populacji. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnach B-I wskazując świadczenie, którego dotyczy produkt leczniczy.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny D-I.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP						
			Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	
a	b	c	d	e	f	g	h	i	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e".
Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;
Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia **	Cena jednostkowa jednostki miary	Liczba pacjentów, u których zastosowano produkt leczniczy	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE
j	k	l	m	n	o	p	r	s
np. Curosurf	Surfactantum	1 fiol. 1,5 ml	120mg/1,5 ml					np. surfaktant
np. Mycamine	Micafungin	1 fiol. 10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy
np. Ambisome	Amphotericinu m B	fiol.10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy
np. ANTITROMBIN III 500I.M.	Antithrombinu m humanum	amp.1 ml	500 j.m./ml					np. przeciwzakrzepowy
np. Tlenek azotu w N2 MED. 10 L 1,5 M3	Dinitrogenii oxidum	1 but. 7 kg						np. gaz medyczny
np. PEDEA 10	Ibuprofenum	amp. 2ml	10mg/2ml					np. leczenie

MG/2ML INJ. X 4 AMP.											przetworzonego tętniczego
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawdzonych leków - na czerwono

** w przypadku gdy nie użyto całej ampułki/worka należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego

IV. WM

Poza uśrednionymi danymi o całej populacji pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy zabiegowe” bądź „Grupy zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o wyrobach medycznych stosowanych w realizacji danego świadczenia: rodzaju tych produktów oraz średnim zużyciu w procesie realizacji danego świadczenia, a także o częstości zastosowania w całej populacji. Każdy z wyrobów wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnach B-I wskazując świadczenie, którego dotyczą produkty lecznicze.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominąć należy kolumny D-I.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP						Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych
			Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medycznych	
a	b	c	d	e	f	g	h	i	
1									
2									
3									
4									
5									
6									

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawdzonych wyrobów

** Prosimy o takie scharakteryzowanie wyrobu, żeby można go było łatwo zidentyfikować

*** Należy podać cenę jednostki wskazanej w kolumnie I

^ jeżeli wyrób jest jednorazowego użytku proszę wpisać 1, jeżeli wielorazowego użytku proszę wpisać 2; w przypadku wyrobów wielorazowego użytku proszę w polu UWAGI wpisać na ilu pacjentów przypada zużycie jednego wyrobu

Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego*	1 - jednorazowego użytku 2 - wielorazowego użytku ^a	Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze)	Opis umożliwiający identyfikację**	Cena jednostkowa***	Liczba jednostek wykorzystanych w danym okresie	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/świadczanie w danym okresie	Uwagi
np. Układ oddechowy do respiratora transportowego np. Zestaw do drenażu opłucnej	1	komplet	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. proteza trzonu kręgu	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. implanty	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. elektroda do neuromonitoringu	1	kompl.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. zestaw zabiegowy na kończynie	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. gąbka kolagenowa z gentamycyną	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. nici chirurgiczne wchłanialne	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				
np. zestaw do znieczulenia	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				
np. zestaw do znieczulenia	2	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w opakowaniu				

np. cement kostny	1	opakowanie	sztuk w komplecie Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar opakowania (cm3, g)		
-------------------	---	------------	---	--	--

V. PR

Poza uśrednionymi danymi o całej populacji pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy_zabiegowe” bądź „Grupy_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o procedurach i konsultacjach wykonanych w realizacji danego świadczenia: rodzaju tych procedur oraz średnim wykonaniu w procesie realizacji jednego świadczenia, a także o częstotści realizacji w całej populacji. Każdą z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnach B-I wskazując świadczenie, którego dotyczy produkt leczniczy.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny D-I.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP				Nazwa kolejnej procedury ICD-9	
			Kod pierwszej procedury ICD-9	Nazwa pierwszej procedury ICD-9	Kod towarzyszącej procedury ICD-9	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9		
a	b	c	d	e	f	g	h	i
1								
2								

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e",
jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiadącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;*

Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji			
Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Krotność danej procedury (zdefiniowanej w kolumnie J, K) w danym okresie
J	k	l	m
			n
			o

Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie

VI. ŚRODKI TRWAŁE

Tabela służy przekazaniu informacji o środkach trwałych charakterystycznych dla realizacji danego świadczenia. W przypadku konieczności wskazania odmiennych środków trwałych służących realizacji różnego rodzaju świadczeń, stworzyć należy odrębną zakładkę.

Lp.	Nazwa OPK	Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										Procedury ⁸ , w których wykorzystywany jest środek trwały/ WNIP
		Nazwa środka trwałego i WNIP	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/ dzierżawa/ leasing ¹ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNIP ²	Wartość początkowa środka trwałego i WNIP ³	Ilość sztuk środków trwałych i WNIP ⁴	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku ⁵	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNIP ⁶	Roczny koszt amortyzacji ⁷		
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	
1												
2												
3												
4												

1. Najem / dzierżawa / leasing - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr trwałego" i "Wartość początkowa śr trwałego".

2. Rok nabycia środka trwałego i WNIP - rok, w którym śr trwałego/WNIP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna).

3. Wartość początkowa - w przypadku śr trwałych / WNIP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg.

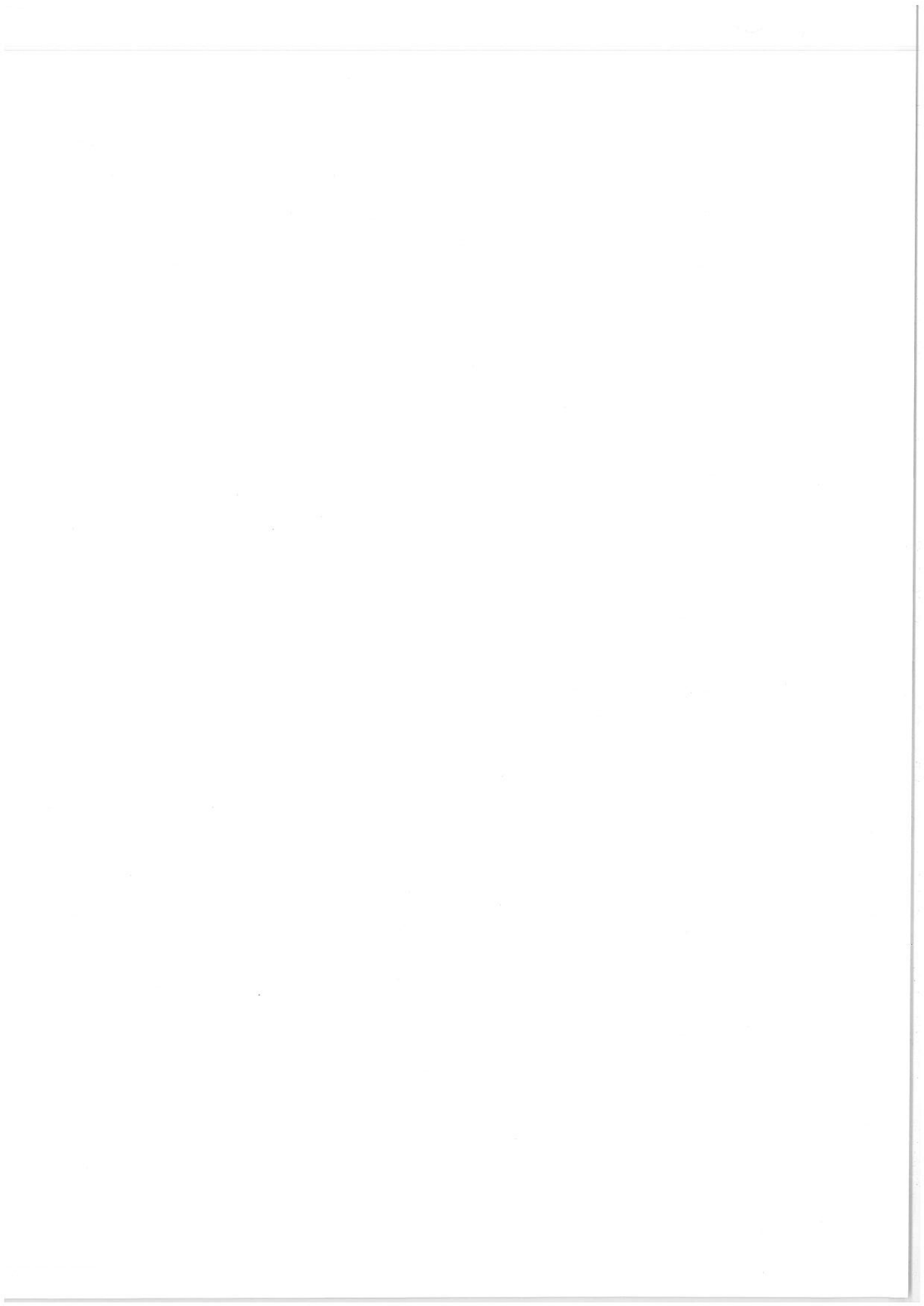
4. Ilość sztuk środków trwałych lub WNIP - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa śr trw prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także w innym OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach).

5. Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku - ważne w przypadku kiedy środki trwałego/WNIP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.

6. Koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu (bez amortyzacji)

7. W przypadku środków trwałych i WNIP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaklegowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK.

8. Proszę wymienić kody ICD-9 procedur medycznych, podczas realizacji których standardowo wykorzystuje się środek trwały/ WNIP. Kody procedur należy rozdzielić przecinkami. Jeżeli środek trwały nie jest związany z konkretną procedurą ICD-9 (np. inkubator) proszę wpisać "do pobytu".



Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe - losowanie)

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji poszczególnych świadczeń stanowiących przedmiot umowy. Przekazać należy informacje dotyczące kosztów leczenia każdego pojedynczego pacjenta, wylosowanego i wskazanego przez Agencję. Losowanie odbywa się w zbiorze pacjentów hospitalizowanych w roku 2016.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- w przypadku świadczeń niezabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP,
- w przypadku świadczeń zabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP łącznie z procedurą ICD-9 zgodnie z charakterystyką danej grupy.

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami pod tabelami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości i pytań.

Prosimy o:

- nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmienianie formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- nie dodawanie kolejnych zakładek (arkuszy).

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy".

Informacje o wszystkich wylosowanych pacjentach, do których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego z pacjentów.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>.<LOSOWANIE>

gdzie:

<numer ankiety> – jest numerem nadanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

<LOSOWANIE> - jest informacją o trybie przekazywania danych

I. GRUPY ZABIEGOWE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych wylosowanych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego realizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP). W przypadku gdy zrealizowane zostały więcej niż jedna procedura, informację taką zamieścić należy w zakładce PR.

Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne							
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu	Kod ICD-9 procedury	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
	<i>Identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>					<i>Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ</i>	<i>Dotyczy liczby pacjentów zadeklarowanych przez świadczeniodawcę w ankiecie lub wysłosowanych, o których dane wystąpi AOTMiT</i>
a	b	c	d	e	f	g	h
1							
2							
3							

Hospitalizacje, w tym:										
Czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobdzień na oddziale [zi]	Obłożenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)

Wylizyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod charakterystyczny specjalności komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wylizony zgodnie z następującym wzorem: (koszt całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych [zewnątrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne])/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	Średnie obciążenie oddziału w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego kodu produktu)	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie L; Koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	Łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach Q-S nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobodzień!); Koszt procedur w kolumnie S powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznymi itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wężflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki				
i	j	k	m	n	o	p	q	r	s

Procedura zabiegowa, w tym:

Czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej	Czas trwania zabiegu/operacji	Kod resortowy/ pracowni/ bloku/ sali operacyjnej	Nazwa pracowni/ bloku/ sali operacyjnej	Koszt infrastruktury/ bloku/ sali zabiegowej przypadający na	Liczba operatorów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie operatorów w zabiegu	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarki za zabieg	Pozostały personel medyczny	Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Koszt - leki (bez leków anestetycznych)	Koszt - wyrobów medycznych	Koszt - procedury diagnostyczne	Rodzaj zastosowanego znieczulenia	Koszt procedury znieczulenia/ anestezji

Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako całkowita liczba minut	Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	w	x	y	z	aa	ab	ac	ad	Łączny koszt przypadający na jedną procedurę [PLN]			ah	Pełny koszt procedury znieczulenia zawierający koszty leków, wyrobów medycznych, personelu, środków trwałych i innych zasobów zużytych w procedurze
t	u	v	w	x	y	z	aa	ab	ac	ad	ae	af	ag	ah	ai

Łączny koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki, wyroby medyczne, procedur, koszty infrastruktury oraz osobodnia, koszty hospitalizacji należy przeliczyć przez średnią długość hospitalizacji
aj

II. GRUPY ZACHOWAWCZE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach wylosowanych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP). Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne						
Lp.	Identyfikator pacjenta <i>Identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>	Kod produktu	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy <i>Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ</i>	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
a	b	c	d	e	f	g
1						
2						
3						

Czas trwania hospitalizacji	Wylizyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent <i>Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Hospitalizacja, w tym:					Średnie wyłączenie kosztów (z wyłączeniem procedur zabiegowych)
				Osobodzień na oddziale [zł]	Obłożenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	
				Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłączenie w odniesieniu do funkcjonowania oddziału	Średnie obłożenie oddziału w 2016 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłączenie w odniesieniu do funkcjonowania oddziału	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie K; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobdzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni realizowanych na tym oddziale w tym okresie	Łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach P-R nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako średnia wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobdzień). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (prosze nie doliczać kosztów procedur realizowanych		

			bepośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych [zewnętrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury (medyczne)]/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	[niezależnie od realizowanego kodu produktu]	standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki)					
			k	l	m	n	o	p	q	r
h	i	j								

łączy koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki wyroby medyczne, procedur, koszty oraz osobodnia z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji
5

III. PL

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy_zabiegowe” bądź „Grupy_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o produktach leczniczych stosowanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych produktów oraz zużyciu w procesie realizacji świadczenia, a także o częstotliwości zastosowania w całej populacji. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczy dane.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny E-J.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia cła JGP						
Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy
a	b	c	d	e	f	g
1						h
2						i
3						j
4						

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "g" i "h";
 jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "g" i "h" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;
 jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa a*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych pacjentowi **		Cena jednostkowa jednostki miary	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE
				o	p			
k	l	m	n				r	s.
np. Curosurf	Surfactantum	1 fioł. 1,5 ml	120mg/1,5 ml					np. surfaktant
np. Mycamine	Micafungin	1 fioł. 10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy
np. Ambisome	Amphotericinum B	fioł. 10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy

np. ANTITHROMBIN III 500J.M.	Antithrombinum humanum	amp. 1 ml	500 j.m./ml			np. przeciwzakrzepowy
np. Tlenek azotu w N2 MED. 10 L 1,5 M3	Dinitrogenii oxidum	1 but. 7 kg				np. gaz medyczny
np. PEDEA 10 MG/2ML INI. X 4 AMP.	Ibuprofenum	amp. 2ml	10mg/2ml			np. leczenie przetworzonego przewodu tętniczego

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawozdanych leków - na czerwono

** w przypadku gdy nie użyto całej ampułki/worka należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego

IV. WM

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy_zabiegowe” bądź „Grupy_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o wyrobach medycznych stosowanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych wyrobów oraz zużyciu w procesie realizacji świadczenia, a także o częstotliwości zastosowania w całej populacji. Każdy z wyrobów medycznych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczy dane.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny E-J.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
				Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrób medyczny
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									
3									

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e";
Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiążącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;*

Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego*	1 - jednorazowego użytku 2 - wielorazowego użytku^	Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze)	Opis umożliwiający identyfikację**	Cena jednostkowa***	Liczba jednostek wykorzystanych na rzecz pacjenta	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę/kierunkową/świadczcie w danym okresie	Uwagi
k	l	m	n	o	p	q	r
np. Układ oddechowy do respiratora transportowego	1	komplet	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. Zestaw do drenażu opłucnej	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. proteza trzonu kręgu	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. implanty	1	kompl.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. elektroda do neuromonitoringu	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
np. zestaw zabiegowy na kończynie	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. gąbka kolagenowa z gentaliną	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				
np. nici chirurgiczne wchłaniające	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				

np. zestaw do znieczulenia	2	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie			
np. cement kostny	1	opakowanie	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar opakowania (cm3, g)			

V. PR

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy zabiegowe” bądź „Grupy zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o procedurach oraz konsultacjach wykonanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych procedur oraz liczbie wykonanych w procesie realizacji świadczenia, a także o częstotści wykonania w całej populacji. Każda z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane. W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny E-J. Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
				Kod pierwszej procedury ICD-9	Nazwa pierwszej procedury ICD-9	Kod towarzyszącej procedury ICD-9	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9	Kod kolejnej procedury ICD-9	Nazwa kolejnej procedury ICD-9
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e";
jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiadącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;
jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste*

Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji

Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Liczba procedur (zdefiniowanych w kolumnie K, L) wykonanych na rzecz pacjenta	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową (z kolumny E)/ świadczenie w danym okresie	Uwagi
k	l	m	n	o	p

VI. ŚRODKI TRWAŁE

Tabela służy przekazaniu informacji o środkach trwały charakterystycznych dla realizacji danego świadczenia. W przypadku konieczności wskazania odmiennych środków trwałych służących realizacji różnego rodzaju świadczeń, stworzyć należy odrębną zakładkę.

Lp.	Nazwa OPK	Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										Procedury ⁸ , w których wykorzystywany jest środek trwały/ WNIP
		Nazwa środka trwałego i WNIP	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/ dzierżawa/ leasing ¹ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNIP ²	Wartość początkowa środka trwałego i WNIP ³	Ilość sztuk środków trwałych i WNIP ⁴	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku ⁵	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNIP ⁶	Roczny koszt amortyzacji ⁷		
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	
1												
2												
3												
4												

1. Najem / dzierżawa / leasing - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr trwałego" i "Wartość początkowa śr trwałego".

2. Rok nabycia środka trwałego i WNIP - rok, w którym śr trwały/WNIP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna).

3. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych / WNIP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg.
4. Ilość sztuk środków trwałych lub WNIP - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także w innym OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach).
5. Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku - ważne w przypadku kiedy środki trwałe/WNIP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.
6. Koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu (bez amortyzacji)
7. W przypadku środków trwałych i WNIP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaksięgowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK.
8. Proszę wymienić kody ICD-9 procedur medycznych, podczas realizacji których standardowo wykorzystuje się środek trwały/ WNIP. Kody procedur należy rozdzielić przecinkami. Jeżeli środek trwały nie jest związany z konkretną procedurą ICD-9 (np. inkubator) proszę wpisać "do pobytu".