

ZARZĄDZENIE Nr 15/2017

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 27 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 (informacje finansowo-księgowe oraz inne informacje niefinansowe), 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 dla wskazanych świadczeń), stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES
Matusiewicz
dr n. med. **Wojciech J. Matusiewicz**

Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (formularz FK)

Dane niezbędne dla ustalenia taryfy świadczeń przekazywane będą za pomocą szyfrowanego protokołu komunikacyjnego. Na powyższe dane składają się: dane kosztowe w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych informacji statystycznych, finansowo-księgowych, o zatrudnieniu oraz o przychodach i środkach trwałych za okres 01.01.2016–31.12.2016 r.

Wszystkie elementy struktury danych są wymagane.

Struktura danych dotyczących informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych.

Dane mają zawierać informacje dotyczące zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz inne informacje niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe za 2016 r. . Dane powinny zawierać dane finansowo-księgowe dla wszystkich medycznych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz medycznych pomocniczych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz powyższych medycznych pomocniczych ośrodków powstawania kosztów. W przypadku wszystkich ośrodków powstawania kosztów raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Na dane składają się cztery tabele:

- FK.OPK – tabela zawierające dane finansowo-księgowe oraz dane o przychodach za wymagany okres;
- Tab1 – tabela zawierająca dane na temat zasobów ludzkich oraz wybrane dane niefinansowe;
- Tab2 – tabela zawierająca dane statystyczne na temat ilości zrealizowanych produktów;
- Tab3 – tabela zawierające informacje o kosztach amortyzacji i utrzymania środków trwałych i WNiP.

Na stronie internetowej pod adresem <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> w zakładce INSTRUKCJA znajdują się najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi (FAQ) dotyczące tego, jak wypełnić dane FK oraz poniższy wzór danych FK w formacie Excel. Pytania są pogrupowane w kategorie dotyczące różnych zakresów tematycznych związanych z wypełnianiem danych. Uprzejmie prosimy o przestudiowanie FAQ przed kontaktem z Agencją. Aby zalogować się do systemu na konto demonstracyjne prosimy o używanie następujących danych:

Login: demouser
Hasło: 1234Demouser

Strona ta będzie służyła do przekazania wypełnionych przez Państwa danych FK.

Format tabeli FK.OPK

Uwaga! Kolumna Oddziału Chirurgii Ogólnej została wypełniona dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Kod oddziałowy świadczeniodawcy		np. 3302562
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)		np. Szpital XYZ, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa
Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email		np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com
Numer konta OPK		np. 510-18-01
Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów]		np. Oddział Chirurgii Ogólnej
Kod resortowy ¹⁵ charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych [jeśli komórka ma więcej kodów, należy je podać po przecinku]		np. 4500
Rok:		2016
CZĘŚĆ PODSTAWOWA I - PRZYCHODY (dla zdefiniowanych kategorii należy przyporządkować właściwe przychody):		
1	PRZYCHODY RAZEM: (suma pozycji 2, 3 i 4)	7 360 908,62
2	Przychody z tytułu kontraktu z NFZ (w części wynikającej z kontraktu dotyczące danego okresu)	7 190 300,00
3	Przychody z tytułu nadwykonanych zrealizowanych w danym roku (niezależnie od tego czy zostały zapłacone)	
4	Przychody z innych tytułów (np. dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów itd.)	170 608,62
CZĘŚĆ PODSTAWOWA II - KOSZTY (dla zdefiniowanych kategorii kosztowych [poz. A-K] należy przyporządkować właściwe koszty z danych FK umieszczonych poniżej w części szczegółowej):		
A	KOSZTY CAŁKOWITE ¹ , w tym: (koszty całkowite są równe sumie pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K)	8 063 089,77
B	Koszty leków i wyrobów medycznych (suma pozycji b1 i b2)	714 382,43
b1	w tym: przypisywanych na pacjenta	709 093,13
b2	w tym: nieprzypisywanych do pacjenta (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku)	5 289,30
C	Koszty amortyzacji ² (suma pozycji c1 do c5)	194 132,00
c1	w tym: budynków, lokali, prawa do lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej	62 300,00
c2	w tym: urządzeń technicznych i maszyn	78 140,00
c3	w tym: środków transportu	
c4	w tym: innych środków trwałych	15 687,00
c5	w tym: wartości niematerialnych i prawnych	38 005,00
D	Koszty procedur ³	1 656 554,21
E	Koszty zarządu ⁴ , w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego	210 794,59
F	Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę ⁵ (suma pozycji f1 do f7)	2 550 295,38
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	354 206,03
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	64 937,77
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	53 130,90
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	118 068,68
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	1 816 319,00
f6	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹⁰	143 633,00
f7	w tym: pozostałego personelu ¹¹	
G	Koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilno-prawnych, kontraktów itp. ¹² (suma pozycji g1 do g7)	970 995,31
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	679 696,72
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	97 099,53
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	194 199,06
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	
g5	w tym: pielęgniarek i położnych	
g6	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹⁰	
g7	w tym: pozostałego personelu ¹¹	
H	Wynagrodzenia rezydentów (suma pozycji h1 do h2)	69 661,20
h1	refundowane	49 758,00
h2	ze środków własnych podmiotu leczniczego	19 903,20
I	Transport medyczny	11 841,90
J	Wyżywienie pacjentów ¹³	13 852,00
K	Pozostałe koszty ¹⁴	1 670 580,75
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA - pełna FK - plik FK dla OPK z systemu księgowego świadczeniodawcy, gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont. Prosimy o przedstawienie analityki w stopniu jak najbardziej szczegółowym.		
Nr konta analitycznego	Nazwa konta analitycznego	koszt roczny [PLN]

np. 500-100-400	np. Zużycie materiałów	
np. 500-100-400-01	np. Zużycie leków	
np. 500-100-400-02	np. Zużycie materiałów medycznych	
np. 500-100-500	np. Koszty pośrednie	
np. 500-100-500-01	np. Kuchnia	
np. 500-100-500-02	np. Pralnia	
np. 500-100-500-03	np. Zarząd	
itd.	[liczba wierszy w części szczegółowej zależna od stopnia szczegółowości analityki w jednostce]	

Przypisy do arkusza FK.OPK:

- 1- **koszty całkowite** rozumiane jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie. Jest to suma pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K;
- 2- **koszty amortyzacji** obejmują koszty amortyzacji budynków i lokali, maszyn, urządzeń i aparatury ogólnego zastosowania, narzędzi, przyrządów, mienia ruchomego, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych. Jest to suma pozycji c1 do c5;
- 3- **koszty procedur** - obejmują koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej (np. w pracowni EEG **lub na bloku operacyjnym** będących w strukturach podmiotu leczniczego), przypisanych bezpośrednio do kosztów pacjenta;
- 4- **koszty zarządu** rozumiane jako rozliczone koszty ośrodków związanych z zarządzaniem i administrowaniem podmiotem jako całością. W szczególności do tych kosztów będą zaliczone koszty wynagrodzeń personelu zajmującego się tą działalnością, koszty związane z zawieraniem i rozliczaniem kontraktu z płatnikiem, realizacją zamówień publicznych, księgowością, kadrami itp.;
- 5- **koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi** obejmujące wszystkie koszty związane z zatrudnieniem pracowników, w tym w szczególności koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak: odpisy na ZFSS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej;
- 6- **wynagrodzenie** z tytułu pracy w godzinach **normalnej ordynacji** (tj. nie obejmujące dyżurów) obejmujące wynagrodzenia z narzutami. Przykładowe kategorie kosztowe obejmują płacę zasadniczą, dodatek stażowy, urlopowy lub wysługę lat. Pozycja ta nie obejmuje wynagrodzeń naliczanych proporcjonalnie do ilości zrealizowanych procedur (tj. płatności za procedurę);
- 7- **wynagrodzenia** z tytułu pracy w trybie **dyżurowym** realizowanych w **placówce podmiotu leczniczego**, zarówno w dni powszednie jak i wolne od pracy. W tej pozycji należy umieścić ewentualne wynagrodzenia z tytułu dojazdu na dyżury;
- 8- **wynagrodzenia** z tytułu pracy w trybie **dyżurowym** realizowanych w tzw. **gotowości** tj. poza siedzibą podmiotu leczniczego;
- 9- **wynagrodzenia** naliczane proporcjonalnie do **ilości zrealizowanych procedur** (tj. płatność za procedurę);
- 10- **wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego** uczestniczącego bezpośrednio przy realizacji świadczeń zdrowotnych, np. psychologa, technika, rehabilitanta, logopedy;
- 11- **wynagrodzenia pozostałego personelu** (zatrudnionego w OPK-u), który nie jest wykazany w pozycjach E oraz f1-f6/g1-g6, np. salowej;
- 12- analogicznie jak w przypisie 5 koszty wynagrodzeń, które nie dotyczą pracowników zatrudnionych na umowę o pracę;
- 13- **Koszt żywienia pacjentów** rozumiany jako koszty kuchni (nie tylko koszt wsadu do kotła);
- 14- **pozostałe koszty** to wszystkie koszty niezawierające się w pozycjach od B do J, stanowiące dopełnienie do kosztów całkowitych;
- 15- Proszę wskazać **kod resortowy** (UWAGA: można wskazać więcej niż jeden po przecinku) zgodny z częścią VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. (należy przypisać **rzeczywisty kod resortowy charakteryzujący specjalność ośrodka powstawania kosztów**).

Format tabeli Tab1

Uwaga! Kolumny Oddziału Chirurgii Ogólnej i kolejne zostały wypełnione dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

	Numer konta OPK ¹ [Uwaga! Prosimy zachować kolejność wymienianych OPKów z arkusza FK.OPK]	np. 510-18-01	np. 510-18-02	np. 510-18-03	np. 530-18-01 (Centralny Blok Operacyjny ¹⁵)	itd. - numer kolejnego OPK
		2016	2016	2016	2016	2016
A	Liczba łóżek / miejsc w oddziałach dziennych ²	66	31			
B	Liczba osobodni ³ (suma za rok)	18 708	7 700			
C	Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku ⁴	12	12	8		
D	Liczba sal operacyjnych funkcjonujących w ramach OPK ⁵	1			9	
d1	Liczba zespołów operacyjnych w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy (liczba sal operacyjnych z obsadą pozostających w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy) ⁶	1			2	
d2	Rzeczywista ilość godzin pracy sal operacyjnych funkcjonujących w ramach OPK ⁷ (suma za rok)	1 502			14 854	
E	Lekarze jakich specjalności są zatrudnieni w danym OPK ⁸					
e1	Rzeczywista ilość godzin pracy personelu lekarskiego realizowana poza OPK (dotyczy kosztów pracy ujmowanych w ramach OPK) ⁹					
e2	wymienić po przecinku inne OPKi (nr kont OPK), w których realizowane są godziny pracy wskazane w pozycji e1					
INFORMACJE O ETATACH Uwaga! - informacja o liczbie etatów powinna być kompatybilna z przedstawionymi wynagrodzeniami z arkusza FK.OPK, tzn. jeżeli pojawia się wynagrodzenie w pozycji f3 w FK.OPK to powinny pojawić się etaty w pozycji f3 w Tab1.						

F	Suma za rok liczby etatów zatrudnionego na umowy o pracę personelu (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna)¹⁰ (suma pozycji f1 do f7)	581,96	0,00	0,00	0,00	0,00
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji	39,6				
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	7,3				
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	5,9				
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹	13,2				
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	480				
f6	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego	24				
f7	w tym: pozostałego personelu	12				
G	Suma za rok liczby etatów personelu wynikających z umów cywilnoprawnych, kontraktów itp.¹² (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna)¹⁰ (suma pozycji g1 do g7)	61,21	0,00	0,00	0,00	0,00
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ¹¹	42,8				
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	6,1				
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	12,2				
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹					
g5	w tym: pielęgniarek i położnych ¹¹					
g6	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹¹					
g7	w tym: pozostałego personelu ¹¹					
H	Suma za rok liczby etatów rezydenckich (suma pozycji h1 do h2)	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00
h1	etaty refundowane	24				
h2	praca finansowana ze środków własnych	8				

Przypisy do arkusza Tab1:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- rzeczywista liczba łóżek w oddziałach szpitalnych (lub miejsc w oddziałach dziennych). W przypadku gdy liczba łóżek zmieniła się w ciągu roku, prosimy podać średnią;
- 3- rzeczywista liczba osobodni - suma za okres roku;
- 4- Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku - ważne w przypadku kiedy dany OPK funkcjonował przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdanym okresie, np. jeśli OPK funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.;
- 5- rzeczywista liczba sal operacyjnych, w których realizowane są zabiegi operacyjne;
- 6- liczba sal operacyjnych, które pełnią dyżur w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy, liczba równa jest ilości zespołów operacyjnych pełniących dyżur;
- 7- rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne wraz ze znieczuleniem - czasu pobytu na sali operacyjnej (czas zajętości sali);
- 8- proszę po przecinku wymienić wszystkie specjalności lekarskie, jakie występują w ramach OPK i których wynagrodzenia są ujmowane w danym OPK (np. dla oddziału wewnętrznego - internista, gastroenterolog, kardiolog; dla bloku operacyjnego - anesteziolog). Jeśli na bloku operują chirurdzy, których koszty są ujmowane w OPK oddział chirurgii to proszę ich wymienić w oddziale chirurgii i nie wymieniać na bloku operacyjnym;
- 9- proszę określić ilość godzin pracy lekarzy spędzanych w innych OPK (np. na bloku operacyjnym, pracowni endoskopii, poradniach itd.), których koszty w systemie finansowo-księgowym pozostają w danym OPK (np. oddziale szpitalnym). Innymi słowy, jeśli lekarz otrzymuje wynagrodzenie X księgowane na oddział szpitalny i w ramach swojego etatu na oddziale spędza 100 godzin na bloku operacyjnym proszę ten czas wskazać. Jeśli dodatkowo pracuje 50 godzin w poradni, ale koszty tej pracy są bezpośrednio ujmowane na OPK poradni proszę nie wykazywać tych 50 godzin w OPK oddziału szpitalnego;
- 10- w pozycjach „F”, „G” zamieszczamy sumę etatów za cały okres w poszczególnych kategoriach personelu, np. dla lekarza: 3,5 etatu (styczeń) + 3,6 etatu (luty) + 2,4 etatu (marzec) +...+ 3,0 etatu (grudzień) = 39,6 etatu;
- 11- w przypadku dyżuru - prosimy o przeliczenie na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godzin miesięcznie;
- 12- jeśli w OPK wystąpiły różne formy zatrudnienia personelu (umowa zlecenie, kontrakt itd.), prosimy o przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagradzania na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godz. miesięcznie;
- 13- blok Operacyjny jeśli jest wydzielonym odrębnym ośrodkiem powstawania kosztów; niektóre pozycje z tabeli nie zostaną wypełnione (np. liczba łóżek). W przypadku kiedy blok operacyjny nie jest oddzielnym OPK-iem, lecz znajduje się na oddziale, wówczas informacje o bloku (wiersze D, d1 i d2) prosimy wypełnić w kolumnie dotyczącej tego oddziału.

Format tabeli Tab2

Kody produktu rozliczeniowego realizowane w poszczególnych OPK wraz z licznoscia (dane roczne)			
Numer konta OPK ¹	kod zakresu świadczeń ²	kod produktu rozliczeniowego ³	ilość produktów ⁴
np. 510-18-01	np. 03.4401.030.02	np. 5.51.01.0003057	
np. 510-18-02			
itd.	itd.	itd.	itd.

Przypisy do arkusza Tab2:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 03.4401.030.02;
- 3- kod produktu sprawozdawanego- jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 5.51.01.0003057;
- 4- ilość produktów rozliczeniowych = ilość JGP lub innych produktów rozliczeniowych (np. osobodni).

Format tabeli Tab3

Uwaga! Pierwsze 4 wiersze wypełnione są dla przykładu. Prosimy usunąć te wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNiP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										
Numer konta OPK ¹	Nazwa środka trwałego i WNiP	Kategoria środków trwałych ² [c1 do c5]	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/dzierżawa/leasing ³ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNiP ⁴	Wartość początkowa środka trwałego i WNiP ⁵	Ilość sztuk środków trwałych i WNiP ⁶	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNiP w roku ⁷	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNiP ⁸	Roczny koszt amortyzacji ⁹
np. 510-18-01	urządzenie X	c2			2010	272 500	2	10	3 520	8 800
	urządzenie Y	c3		1	-	-		12	4500	11 500
	urządzenie Y	c2			2013	520 000		2	0	3 200
np. 510-18-02	urządzenie Z	c4	1		2009	128 000	0,25		500	0
itd.	itd.									itd.

Przypisy do arkusza Tab3:

- 1- Numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- **Kategoria środków trwałych** - kategoria z arkusza FK.OPK z pozycji C (c1 dla budynków, c2 dla urządzeń, c3 dla środków transportu, c4 dla innych środków trwałych, c5 dla WNiP);
- 3- **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 sr trwałego" i "Wartość początkowa sr trwałego";
- 4- **Rok nabycia środka trwałego i WNiP** - rok, w którym środki trwałe/WNiP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna);
- 5- **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;
- 6- **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 środka trwałego prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także do innego 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);
- 7- **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.;
- 8- koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu (bez amortyzacji);
- 9- 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 (patrz przypis nr 6).

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.

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".

Ważne jest aby przekazać dane odnośnie wszystkich wylosowanych przez AOTMiT pacjentów w danym świadczeniu. W przypadku przekazywania danych odnośnie więcej niż jednego świadczenia, wskazane jest aby informacje o pacjentach z kolejnych świadczeń uzupełniać dopiero po wpisaniu danych o wszystkich wylosowanych pacjentach, którym udzielono poprzedniego świadczenia.

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>

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 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 realizowane zostały więcej niż jedna procedura, informację taką zamieścić należy w zakładce PR.

Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

W przypadku gdy pacjent w trakcie hospitalizacji przebywał na kilku oddziałach, informacje o liczbie dni pobytu, koszcie osobodnia, obłożeniu oraz średnim wynagrodzeniu personelu należy wpisać w osobnym wierszu odrębnie dla każdego oddziału.

Informacje ogólne						
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu	Kod ICD-9 procedury	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy
	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT</i>					<i>Dotyczy liczby pacjentów zadeklarowanych przez świadczeniodawcę w ankiecie lub wylosowanych, o których dane wystąpi AOTMIT</i>
a	b	c	d	e	f	g
1						h
2						

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

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 charakteryzujący specjalność komisji organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	Średni koszt tzczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku, Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wylizyony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpśrednie i pśrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych [zewnętrzných oraz alokowane koszty osrodków realizujących procedury medyczne]) / rzeczywista liczba osobodni na oddziale	Średnie obfiozenie oddziału w 2016 roku, liczone wyłączenie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego kodu produktu)	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawianego 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 osobodnie hospitalizacji wylizone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za prace na danym oddziale (w tym dzury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	Koszty 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 hospitalizacji (nie na osobodnie!). Koszt procedur w kolumnie S powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrzných itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (prosze nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniatki)				
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 przypadającej na	Liczba operacji biorących udział w zabiegu	Wynagrodzenie operatorów w zabiegu	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg	Pozostali personel medyczny	Wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Koszt - leki (bez leków anestesjologicznych)	Koszt - wyrobów medycznych	Koszt - procedury diagnostyczne	Rodzaj zastosowanego znieczulenia	Koszt procedury znieczulenia/ anestesji

Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako całkowita liczba całkowita	Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przed-tawio w minutach jako liczba całkowita	Kod charakterystyczny specjalności komórki organizacyjnej, stanowicy 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	aj
Suma wszystkich kategorii kosztów: personel, leki wyroby medyczne, procedury, koszty infrastruktury oraz osobodnia przemierzane przez średnią długość hospitalizacji [(ix)+(x)+(y)+(z)+(aa)+(ab)+(ac)+(af)+(ag)+(ai)]	0
	0

II. GRUPY ZACHOWAWCZE

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). Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

W przypadku gdy pacjent w trakcie hospitalizacji przebywał na kilku oddziałach, informacje o liczbie dni pobytu, koszcie osobodnia, obłożeniu oraz średnim wynagrodzeniu personelu należy wpisać w osobnym wierszu odrębnie dla każdego oddziału.

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

Hospitalizacja, w tym:										
Wypełnić należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzien na oddziale [zł]	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)
<i>Wypełnić należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w</i>	<i>Kod charakterystyczny specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>	<i>Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent</i>	<i>Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku, 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 zarządku) - koszty leków i</i>	<i>Średnie obłożenie oddziału w 2016 roku, liczone w wyłączeniu do odniesienia do miesięcy funkcjonowania oddziału</i>	<i>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 osobodzień hospitalizacji wyliczone jako całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym</i>	<i>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 osobodzień hospitalizacji wyliczone jako całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym</i>	<i>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 osobodzień hospitalizacji wyliczone jako całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym</i>	<i>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 hospitalizacji (nie na osobadzien!). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych: i. itd.,</i>	<i>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 hospitalizacji (nie na osobadzien!). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych: i. itd.,</i>	<i>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 hospitalizacji (nie na osobadzien!). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych: i. itd.,</i>

systemie dziesiętnym	i	j	wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych (zewnątrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne)/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	k	[niezależnie od realizowanego kodu produktu]	okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	o	p	q	r
h										

które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodni (proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. zażycie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki)

łączy koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów: personel, leki, wyroby medyczne, procedury, koszty infrastruktury oraz osobodni przemnożone przez średnią długość hospitalizacji [(h*xk)+p+q+r]
s
0
0

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-I.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta <i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>	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 podano produkt leczniczy												
				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													
a																					
1	b	c	d	e	f	g	h	i	j												
2																					

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

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych pacjentowi**	Cena jednostkowa jednostki miary	Liczba wszystkich przypadków, w których realizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE

		np. tabletki, ampułki- strzykawka, opakowanie, fiakon, ampułka	np. [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie M)		Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce wskazanej w kolumnie M. Nie należy podawać kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.		
k	l	m	n	o	p	q	r
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	Amphotericinum B	fiol. 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 INJ. X 4 AMP.	Ibuprofenum	amp. 2ml	10mg/2ml				np. leczenie przetwiałego przewodu tętniczego

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawozdanych leków - na czerwono

** w przypadku gdy nie użyto całej ampułki/worki 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 częstości zastosowania w całej populacji. Każdy z wyrobów medycznych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

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

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP
-----	---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--

identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT	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
	e	f	g	h	i	j
a	b	c	d			
1						
2						
3						

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "e", "f", "g", "h", "i", "j".

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "e", "f", "g", "h", "i", "j" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostające 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/świadczanie 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, 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, elementy i liczba sztuk w komplecie				
np. gąbka kolagenowa z	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent,				

gentamycyną			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 częstotliwości 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 <i>Identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>	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 "e", "i", "j";
Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "e", "i", "j" proszę wpisać procedurę wiodącą, 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					Uwagi
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	
k	l	m	n	o	p

