

ZARZĄDZENIE Nr 19/2017
PREZESA
AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI
z dnia 13 kwietnia 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.

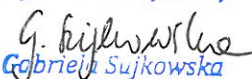
Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy podpisali z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowy o przekazywanie danych kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń (zbiorcze karty kosztorysowe dla wskazanych świadczeń oraz karty prospektywne dla wskazanych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

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia Prezesa

Dyrektor
Wydziału Taryfikacji


Gabriela Sujkowska

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. Pod pojęciem ośrodka powstawania kosztów na potrzeby wyceny świadczeń należy rozumieć wyodrębnioną w systemie rachunku kosztów jednostkę organizacyjną dla której gromadzi się koszty wszystkich istotnych zasobów angażowanych w tym ośrodku. Za odrębny OPK nie uznaje się takiego ośrodka powstawania kosztów, który jest wyodrębniony w systemie finansowo-księgowym, na którym gromadzi się na przykład tylko jeden rodzaj kosztów (np. tylko koszty instrumentariuszek bloku operacyjnego czy tylko koszty znieczuleń bloku operacyjnego). W przypadku istniejących tak rozdrobnionych OPKów dotyczących tej samej jednostki organizacyjnej, (tutaj przykładowo bloku operacyjnego), AOTMIT będzie żądał połączenia takich OPKów w jeden, gdzie zebrana będzie całość kosztów ośrodka, czyli koszty osobowe (lekarzy, pielęgniarek czy innego personelu medycznego), koszty materiałowe, czy koszty infrastruktury oddziału/pracowni. Dodatkowo nie będą przyjmowane OPKi gromadzące koszty personelu świadczącego pracę w ramach różnych jednostek organizacyjnych (np. pielęgniarki anestezyjologiczne czy lekarze rezydenci), ponieważ oczekuje się, że koszty personelu zostaną uwzględnione w kosztach poszczególnych komórek organizacyjnych.

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 nadwykonań 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 niemedycznego 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 niemedycznego 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 ZFŚS, 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 usługę 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 ¹³)	itd. - numer kolejnego OPK
	Rok	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 cywilno-prawnych, 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 sprawozdawanym 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 - anestezjolog). 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.XXXXXXXX (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 śr. trwałego" i "Wartość początkowa śr. 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)

Formularze służą zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji świadczenia, które określone zostało w zakładce "Dane ogólne". Poniesione koszty należy odnieść: w przypadku kart zbiorczych - do roku 2016, a w przypadku kart prospektywnych do okresu bieżącego. Mają one dotyczyć wyłącznie pacjentów, którzy mieli wykonany zabieg pankreatoduodenektomii nie wcześniej niż w dniu 15 kwietnia i nie później niż 30 czerwca.

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".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>_5.51.01.0007031 dla kart dla danych za rok 2016 (np. 31AXXX_5.51.01.0007031);

<numer ankiety>_5.51.01.0007031_PAN_nr dla kart dotyczących danych bieżących dla pacjentów, którzy przeszli zabieg Pankreatoduodenektomii (np. 31AXXX_5.51.01.0007031_PAN_nr);

gdzie:

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

<nr> – jest kolejnym numerem karty przekazanej przez Świadczeniodawcę Agencji dotyczącej pacjentów, którzy przeszli zabieg Pankreatoduodenektomii (każda karta dotyczy jednego pacjenta).

DOTYCZY KARTY „G31_kosztorys_świadczenia”

I. DANE OGÓLNE:

1. Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.
2. Punkty 2.1 należy wpisać kod (03.4500.030.02 - CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA, 03.4500.930.02 - CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY, 03.4540.030.02 - CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA, 03.4540.930.02 - CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY lub 03.4501.030.02 CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA). W przypadku kiedy świadczenie było realizowane w kilku zakresach, prosimy o podanie kolejnych kodów po przecinku.
3. Punkty 2.2a i 2.2b - kod i nazwa produktu jednostkowego zostały podane w karcie, nie należy ich zmieniać.
4. Punkty 2.3a, 2.3b – należy wpisać kod oraz nazwę procedury głównej (ICD-9).
5. Punkt 2.4 – należy wpisać pozostałe istotne procedury ICD-9, jeśli takie wystąpiły.
6. Punkt 2.5 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze. Dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10.
7. Punkt 2.6 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, jakie występują w przeciwnym przypadku, o ile występują.
8. Punkt 2.7 - należy wpisać nazwę oddziału szpitalnego, w którym odbywa się hospitalizacja związana z realizacją wycenianego świadczenia, liczbę hospitalizowanych pacjentów w roku 2016, koszt osobodnia (tzw. doba hotelowa) oraz łączną liczbę dni pobytu wszystkich pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. Gdy pacjent zwyczajowo hospitalizowany jest w kilku oddziałach, pobyt w każdym z nich należy wpisać w oddzielnym wierszu.
9. Punkt 2.8 – łączna liczba zrealizowanych świadczeń.
10. Punkt 2.9 - należy wpisać średnią wartość refundacji NFZ w 2016 r. za jedno świadczenie (produkt rozliczeniowy).
11. Punkt 2.10 - jeżeli do produktu podstawowego dosumowywane były produkty z katalogu 1c, należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej refundacji z NFZ.
12. Punkt 2.11 - w tym miejscu można podać ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dany przypadek.

Świadczeniodawca wypełnia tylko jasne pola (białe)

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod oddziałowy świadczeniodawcy
1.2	Nazwa świadczeniodawcy

2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)		
2.2a	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)	5.51.01.0007031	
2.2b	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	G31 Kompleksowe zabiegi trzustki	
2.3a	Procedura główna (wykorzystana do rozliczenia, kod wg ICD-9)		
2.3b	Procedura główna (nazwa wg ICD-9)		
2.4	Pozostałe istotne procedury (jeśli wystąpiły; kod i nazwa)		
a	...		
b	...		
c	...		
...	...		
2.5	Pobyty w oddziałach		
	nazwa oddziału	łącznie liczba dni pobytu wszystkich pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2016	liczba pacjentów hospitalizowanych w oddziale, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2016
a	
b	
....			
2.6	Liczba świadczeń zrealizowanych w roku 2016		
2.7	Srednia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2016 r. dla jednego produktu rozliczeniowego (grupy JGP) [PLN]		

2.8	Świadczenia do sumowania (z katalogu 1c, kod i nazwa wg NFZ)	Liczba produktów zrealizowanych w roku 2016	stawka jednostkowa [PLN]	łącznie wartość refundacji [PLN]
a				
b				

2.9	Dodatkowe informacje, uwagi			

II. ZAKŁADKA PL:

1. W kolejnych wierszach należy wpisać wszystkie produkty lecznicze zastosowane w procesie realizacji wycenianego świadczenia (łącznie na pacjentów) w roku 2016. Do każdej pozycji należy określić także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia.
(Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyżajowo w danym procesie leczenia, ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
2. W tabeli tej należy podać jedynie informacje dotyczące produktów leczniczych. Informacje o zużyciu wyrobów medycznych należy wpisać w zakładce WM.
3. W przypadku zużycia jedynie części leku, związanego z koniecznością utylizacji pozostałej ilości, informację taką proszę umieścić w kolumnie „uwagi”.
4. W przypadku preparatów krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów dializacyjnych i preparatów żywnościowych w kolumnie J zaznaczyć należy, czy zostały one wykazane do NFZ jako świadczenie do sumowania. Musi to być spójne z pozycją 2.8 z zakładki „dane ogólne”.
5. W tej tabeli **należy** wykazywać leków użytych podczas zabiegu.

Leczenie farmakologiczne

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze stosowane w procesie realizacji świadczenia (także preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne) *

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] 1	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) 2	Łączna liczba dawek (kol. D) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] 3	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c)	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1										
2										
...										

¹ Postać preparatu leczniczego: granulat, maść, krem, pasta, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/ butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, kropl, proszek, szt, sasz, worek.

² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tablecie, 1 ampulce, 1 ampulce, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zawierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.

Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml , kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

Poniżej przedstawiono przykład wypełnienia tabeli dla różnych typów preparatów:

Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²
B	C	D	E
	znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku		znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku
Smoftkabiven Peripheral	brak	płyn odżywczy	1206 ml
Kabiven BF	brak	płyn odżywczy	2053 ml
Aminosteril N-Hepa 8%	amino acids	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9% 500 ml	Sodium chloride	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9% 250 ml	Sodium chloride	płyn inf.	250 ml
SEREVENT	Salmeterolum	aerozol	0,025 mg/dawka
Flixotide Dysk	Fluticasonum	aerozol	0,25 mg/dawka
Miflonide	Budesonidum	kaps	400 mcg
Detreomycyna, 5 g	Chloramphenicolum	maść	10 mg/g
DEXAVEN, amp, 1ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	4 mg/ml
DEXAVEN, amp, 2 ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	8 mg/2ml
Floxał, butelka 5 ml	Ofloxacinum	krople	3 mg/g
Metocard 50	Metoprololum	tabl	50 mg
Lacidofil	brak	kaps	BRAK
Heparizen 1000, 100 g	Sodium heparinum	żel	1000 jm/g
Allantan-Plus, 35 gr	Allantoinum + Dexpanthenolum	maść	(20 mg+ 50mg)/g
Gensulin M30, folka, 10 ml	Insulinum humanum	inj	100 jm/ml

III. ZAKŁADKA WM 1:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo (np. jednorazowe cewniki itp.).
2. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne zastosowane w procesie realizacji wycenianego świadczenia (na wszystkich pacjentów łącznie) w 2016 r. W tabeli tej należy wskazać **jedynie te wyroby**, które pacjent otrzymuje **w trakcie pobytu w oddziale**. Do każdej pozycji należy określić także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się **zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10**, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
3. Kolumna C: przez typ rozumie się wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Jeśli dany wyrób nie posiada różnych wariantów, wersji itd., dopuszcza się pozostawienie pola bez wypełnienia.

Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w trakcie realizacji świadczenia *

Należy uwzględnić wszystkie wyroby używane jednorazowo (np. specjalistyczne materiały opatrunkowe itp)

Lp.	Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	Typ ²	Producent/dystrybutor	Podstawowa jednostka miary ³	Łączna liczba podstawowych jednostek miary wykorzystanych u pacjentów, których dotyczy karta	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1										
2										
...										

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp..

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

UWAGA: materiały niskocenne, o koszcie jednostkowym nie przekraczającym 5 PLN, można wykazać jako jedną pozycję "pozostałe"

IV. ZAKŁADKA PR 1:

1. W tabeli w kolejnych wierszach należy wpisać wszystkie procedury wykonane na rzecz pacjentów w trakcie realizacji świadczenia w roku 2016 r.
2. Należy uwzględnić procedury takie jak: badania laboratoryjne, diagnostyka nielaboratoryjna (obrazowa), a także inne świadczenia realizowane przez podwykonawców (np. transport medyczny). Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: jeśli badanie x wykonuje się *zwyczajowo* w danym procesie leczenia *ale co 10-mu pacjentowi*, w kolumnie ""częstość stosowania"" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
3. NIE NALEŻY wpisywać konsultacji lekarskich.

Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. transport medyczny)

Należy uwzględnić wszystkie procedury, badania itp. stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Łączna liczba procedur wykonanych u wszystkich pacjentów, których dotyczy karta	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. D x kol. E)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano (liczba między 0 a 100, bez symbolu %)	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H
1							
2							
...							

* w przypadku braku procedury w klasyfikacji ICD-9, dopuszczalne jest wpisanie kodu własnego świadczeniodawcy

V. ZAKŁADKA PR 2:

1. W kolejnych wierszach tabeli należy wpisać konsultacje realizowane przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie, oraz konsultacje podwykonawców. Dane dotyczą roku 2016. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia (liczba od 0 do 100, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
 2. W przypadku, gdy jedna konsultacja odbywa się z udziałem różnych kategorii personelu (np. lekarza z pielęgniarką albo lekarza z psychologiem), koszt odnoszący się do każdej z kategorii personelu należy wpisać w osobnych wierszach.
 3. Cena jednostkowa oraz czas trwania dotyczą całości pojedynczej konsultacji.
- UWAGA:** w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (koszty osobowe).

Konsultacje specjalistyczne personelu zatrudnionego poza oddziałem, na którym przebywa pacjent
Należy uwzględnić konsultacje wewnętrzne stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	Nazwa	Łączna liczba zrealizowanych konsultacji	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. C x kol. D)	Średni czas trwania pojedynczej konsultacji [GG:MM]	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Personel udzielający konsultacji np. lekarz chirurg	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1								
2								
...								

VI. ZAKŁADKA ZB:

W zakładce tej należy podać wszystkie zasoby i koszty związane z realizacją zabiegu operacyjnego - bez kosztów ponoszonych w związku z pobytem pacjenta w oddziale szpitalnym.

1. Punkt 1- należy podać łączne roczne koszty funkcjonowania bloku operacyjnego, w tym koszty osobowe (dotyczące personelu zatrudnionego na bloku), a także łączną teoretyczną i rzeczywistą liczbę godzin pracy bloku.
2. Punkt 2 - należy podać informacje o rodzaju i średnim czasie trwania znieczulenia oraz o średnim czasie trwania samego zabiegu operacyjnego, a także o całkowitym średnim czasie przebywania pacjenta na bloku. Jako średni czas rozumieć należy łączny czas wszystkich przypadków rozliczonych wycenianym świadczeniem w roku 2016 podzielony przez liczbę tych przypadków.
3. W kolejnych tabelach należy podać informacje o zastosowanych produktach leczniczych, wyrobach medycznych oraz rodzaju i czasie zaangażowania personelu - odrębnie dla znieczulenia i dla zabiegu operacyjnego.
4. W punkcie 3 w kolumnie H należy zamieścić informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do bloku operacyjnego czy oddziału.

UWAGA: w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (koszty osobowe).

5. W punkcie 4 należy wpisać wszystkie środki trwałe (sprzęt medyczny) o rocznym koszcie utrzymania powyżej 12 000 zł, znajdujące się na bloku operacyjnym, zaangażowane w realizację danego zabiegu operacyjnego. Podać należy również średnią roczną liczbę zabiegów operacyjnych realizowanych z użyciem tego środka trwałego.

a. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).

- b. Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.
6. Punkt 6 - jeżeli w opisywanym zabiegu operacyjnym używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu, to należy podać wszystkie te typy, a w kolumnie I wpisać częstości ich użycia (liczba od 0 do 100, bez symbolu %).

Procedury zabiegowe wraz z procedurą znieczulenia

1 koszt funkcjonowania bloku

1.1	roczne koszty bloku ogółem [PLN]	
1.2	w tym koszty osobowe[PLN]	
1.3	liczba sal operacyjnych na bloku (w których realizowane są <u>wszystkie</u> zabiegi operacyjne)	
1.4	łącznie teoretyczny czas pracy <u>wszystkich</u> sal operacyjnych w roku 2016 [w formacie: GGGGGG-MM]	
1.5	rzeczywisty czas trwania <u>wszystkich</u> operacji zrealizowanych w roku 2016 (niezależnie od rodzaju operacji; w godzinach - wg książki operacyjnej) [w formacie: GGGGGGGG-MM] *	

* rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne, powinna stanowić sumę wszystkich czasów realizacji procedur zabiegowych. Czas ten nie uwzględnia dodatkowego czasu pobytu pacjenta na bloku, związanego z przygotowaniem do zabiegu, znieczuleniem, wybudzeniem oraz monitorowaniem parametrów życiowych – jest to wyłączenie czas realizacji procedur zabiegowych

2 Informacje na temat procedury

2.1	Kod ICD-9 procedury zabiegowej	
2.2	Rodzaj znieczulenia	
2.3	Średni czas trwania zabiegu operacyjnego [h]	
2.4	Średni czas trwania znieczulenia [h]	
2.5	Średni czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym	

3 Zaangażowany personel

Lp.	Kategoria personelu [wpisać właściwe: lekarz anesteziolog pielęgniarka anesteziologiczna operator/ asysta instrumentarzysta pielęgniarka pozostały personel]	Liczba osób medycznego biorącego udział przy zabiegu	Średni łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy zabiegu (w godzinach)	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2016 r. * [PLN]	Średnie łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej przy zabiegu * [PLN] (kol. D x kol. E)	koszty personelu ewidencjonow ane na koncie bloku operacyjnego TAK/ NIE	w przypadku odpowiedzi NIE w kolumnie H, wskazać ośrodek powstawania kosztów, w którym ewidencjonowane są koszty personelu
A	B	C	D	E	F	G	H
DLA ZNIECZULENIA:							
1							
2							
...							
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO							
1							
2							
3							
...							

* należy podać kwoty ze wszystkimi pochodnymi (koszty osobowe)

4 Zaangażowane środki trwałe, których roczny koszt utrzymania wynosi co najmniej 12 000 zł

Lp.	Nazwa środka trwałego	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba zabiegów operacyjnych wykonanych z użyciem środka trwałego
1				
2				
3				
...				

* Wartość początkowa - w przypadku śr. trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.

5 Produkty lecznicze zużyte podczas zabiegu, w tym preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Łączna liczba dawek (kol. D) podanych wszystkim pacjentom, których dotyczy karta	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ³	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
DLA ZNIECZULENIA:										
1										
2										
...										
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO										
1										
2										
3										
...										

1 Postać preparatu leczniczego: granulata, maść, krem, pasta, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/ butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, krapl, proszek, szt, sasz, worek.

2 Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tablecie, 1 ampulce, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zawierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.

Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml, kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

3 Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

PRZYKŁADOWY SPOSÓB WYPEŁNIENIA W ODNIESIENIU DO RÓŻNEGO RODZAJU PREPARATÓW PODANY ZOSTAŁ W ZAKŁADCE PL

6 Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w trakcie zabiegu

Lp	Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	Typ ²	Producent/dystrybutor	Podstawowa jednostka miary ³	Łączna liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, których dotyczy karta	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Odszetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
DLA ZNIECZULENIA:										
1										
2										
...										
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO										
1										
2										
3										
...										

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp.

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

DOTYCZY KARTY „PANKREATODUODENIEKTOMIA_KARTA_PROSPEKTYWNA_NA_PACJENTA”

I. DANE OGÓLNE:

1. Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.
2. Punkty 2.1, 2.2- należy wpisać kod i nazwę zakresu świadczeń (03.4500.030.02 - CHIRURGIA OGÓLNA – HOSPITALIZACJA, 03.4500.930.02 - CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY, 03.4540.030.02 - CHIRURGIA ONKOLOGICZNA – HOSPITALIZACJA, 03.4540.930.02 - CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY lub 03.4501.030.02 CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA).
3. Punkty 2.3 i 2.4 - kod i nazwa produktu jednostkowego zostały podane w karcie, nie należy ich zmieniać.
4. Punkt 2.5 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze ICD-10.
5. Punkt 2.6 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, o ile występują.
6. Punkt 2.7 - należy wpisać nazwę oddziału szpitalnego, w którym odbywa się hospitalizacja. Gdy pacjent hospitalizowany jest w kilku oddziałach, pobyt w każdym z nich należy wpisać w oddzielnym wierszu. Należy podać również koszt osobodnia, wyliczony z pominięciem kosztów leków, wyrobów medycznych i procedur (tzw. doba hotelowa).
7. Punkt 2.8 - jeżeli do produktu podstawowego dosumowywane będą produkty z katalogu 1c, należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej refundacji z NFZ.
8. Punkt 2.9 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dany przypadek.

Świadczeniodawca wypełnia tylko jasne pola (białe)

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod oddziałowy świadczeniodawcy
1.2	Nazwa świadczeniodawcy
1.3	Pesel pacjenta *
1.4	Numer księgi głównej
1.5	Data przyjęcia [RRRR-MM-DD]
1.5a	Tryb przyjęcia (kod lub opis)
1.6	Data wypisu [RRRR-MM-DD]
1.6a	Tryb wypisu (kod lub opis)

* W przypadku jego braku identyfikator zgodny z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji, oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)**		
2.2	Nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)**		
2.3	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)	5.51.01.0007031	
2.4	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	G31 Kompleksowe zabiegi trzustki	
2.5	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10)		
2.6	Rozpoznania współistniejące (kod i nazwa)		
a	...		
b			
c			
2.7	Pobyty w oddziałach		
	nazwa oddziału	liczba dni pobytu pacjenta	koszt osobodnia (bez leków, wyrobów medycznych i procedur)
a	
b	
.....			
2.8	Świadczenia do sumowania (z katalogu 1c, kod i nazwa wg NFZ)	Liczba zrealizowanych produktów	
a			
b			
...			
2.9	Dodatkowe informacje, uwagi		

KOLEJNE ZAKŁADKI – PL, WM, PR_1 i PR_2 - SĄ POWIELONE 3 RAZY, W PODZIALE NA OKRESY POBYTU PACJENTA :

- OKRES PRZEDOPERACYJNY,
- OKRES WCZESNY POOPERACYJNY,
- OKRES PÓŹNY POOPERACYJNY

OGÓLNE ZASADY WYPEŁNIANIA ZAKŁADEK SĄ TAKIE SAME, JEDYNIEMUSZĄ SIĘ ODNOSIĆ DO ODPOWIEDNICH, OKREŚLONYCH W KAŻDEJ Z ZAKŁADEK PL, OKRESÓW.

czas trwania okresu ... (dni)

II. ZAKŁADKA PL:

1. W kolejnych wierszach należy wpisać wszystkie produkty lecznicze zastosowane na rzecz pacjenta we wskazanym okresie hospitalizacji.
2. W tabeli tej należy podać jedynie informacje dotyczące produktów leczniczych. Informacje o zużyciu wyrobów medycznych należy wpisać w zakładce WM.
3. W przypadku zużycia jedynie części leku, związanego z koniecznością utylizacji pozostałej ilości, informację taką proszę umieścić w kolumnie „uwagi”.
4. W przypadku preparatów krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów dializacyjnych i preparatów żywnościowych w kolumnie I zaznaczyć należy, czy zostały one wykazane do NFZ, jako świadczenie do sumowania. Musi to być spójne z pozycją 2.8 z zakładki „dane ogólne”.

Leczenie farmakologiczne

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze stosowane w procesie realizacji świadczenia (także preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne) *

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Łączna liczba dawek (kol. D) podanych pacjentowi we wskazanym okresie hospitalizacji	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ³	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c)	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

1														
2														
...														

¹ Postać preparatu leczniczego: granulat, maść, krem, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, kropl, proszek, szt, sasz, worek.
² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tablecie, 1 ampułce, 1 gramie maści, 1 dawce odrośnie aerozolu itd. Preparaty żywniowe oraz płyny inf. powinny zawierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wielokrotnych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.
Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml , kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.
³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

Poniżej przedstawiono przykład wypełnienia tabeli dla różnych typów preparatów:

Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	B	C	D	E
	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	
<i>Smokfabiven Peripheral</i>		<i>brak</i>	<i>płyn odżywczy</i>	<i>1206 ml</i>
<i>Kabiven BF</i>		<i>brak</i>	<i>płyn odżywczy</i>	<i>2053 ml</i>
<i>Aminosteril N-Hepa 8%</i>		<i>amino acids</i>	<i>płyn inf.</i>	<i>500 ml</i>
<i>Natrium Chloratum 9% 500 ml</i>		<i>Sodium chloride</i>	<i>płyn inf.</i>	<i>500 ml</i>
<i>Natrium Chloratum 9%250 ml</i>		<i>Sodium chloride</i>	<i>płyn inf.</i>	<i>250 ml</i>
<i>SEREVENT</i>		<i>Salmeterolum</i>	<i>aerozol</i>	<i>0,025 mg/dawka</i>
<i>Flixotide Dysk</i>		<i>Fluticasonum</i>	<i>aerozol</i>	<i>0,25 mg/dawka</i>
<i>Miflonide</i>		<i>Budesonidum</i>	<i>kaps</i>	<i>400 mcg</i>
<i>Detreomycyna, 5 g</i>		<i>Chloramphenicolium</i>	<i>maść</i>	<i>10 mg/g</i>
<i>DEXAVEN, amp, 1ml</i>		<i>Natrium dexamethasonum phosphoricum</i>	<i>amp</i>	<i>4 mg/ml</i>
<i>DEXAVEN, amp, 2 ml</i>		<i>Natrium dexamethasonum phosphoricum</i>	<i>amp</i>	<i>8 mg/2ml</i>

Floxal, butelka 5 ml	Ofloxacinum	krople	3 mg/g
Metocard 50	Metoprololum	tabl	50 mg
Lacidofil	brak	kaps	BRAK
Heparizen 1000, 100 g	Sodium heparinum	żel	1000 jm/g
Allantan-Plus, 35 gr	Allantoinum + Dexpanthenolum	maść	(20 mg+ 50mg)/g
Gensulin M30, fiołka, 10 ml	Insulinum humanum	inj	100 jm/ml

III. ZAKŁADKA WM :

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo (np. jednorazowe cewniki itp.).
2. W kolejnych wierszach należy wpisać wszystkie wyroby medyczne zastosowane na rzecz pacjenta we wskazanym okresie hospitalizacji.
3. Kolumna C: przez typ rozumie się wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Jeśli dany wyrób nie posiada różnych wariantów, wersji itd., dopuszcza się pozostawienie pola bez wypełnienia.

Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w trakcie realizacji świadczenia *

Należy uwzględnić wszystkie wyroby zużywane jednorazowo (np. specjalistyczne materiały opatrunkowe itp)

Lp.	Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	Typ ²	Producent / dystrybutor	Podstawa jednostka miary ³	Liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) wykorzystanych w trakcie hospitalizacji	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) Jeżeli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1									
2									
...									

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp.

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

UWAGA: materiały niskocenne, o koszcie jednostkowym nie przekraczającym 5 PLN, można wykazać jako jedną pozycję "pozostałe"

IV. ZAKŁADKA PR 1:

1. W kolejnych wierszach tabeli należy wpisać wszystkie procedury wykonane na rzecz pacjenta we wskazanym okresie hospitalizacji.
2. Uwzględnić należy procedury takie jak: badania laboratoryjne, diagnostyka nielaboratoryjna (obrazowa), a także inne świadczenia realizowane przez podwykonawców (np. transport medyczny).
3. NIE NALEŻY wpisywać konsultacji lekarskich.

Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. transport medyczny)

Należy uwzględnić wszystkie procedury, badania itp. stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Łączna liczba procedur wykonanych u pacjenta	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. D x kol. E)	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G
1						
2						
...						

* w przypadku braku procedury w klasyfikacji ICD-9, dopuszczalne jest wpisanie kodu własnego świadczeniodawcy

V. ZAKŁADKA PR 2:

1. W pierwszej tabeli należy wpisać czas zaangażowania personelu medycznego zatrudnionego na oddziale w opiekę nad pacjentem oraz ich stawkę wynagrodzenia na godzinę pracy. W kolejnych wierszach prosimy o dopisanie właściwych kategorii personelu. Dane dotyczą wskazanego okresu hospitalizacji.
2. W drugiej tabeli należy wpisać konsultacje realizowane przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie oraz konsultacje podwykonawców. Dane dotyczą wskazanego okresu hospitalizacji.
3. W przypadku, gdy jedna konsultacja odbywa się z udziałem różnych kategorii personelu (np. lekarza z pielęgniarką albo lekarza z psychologiem), koszt odnoszący się do każdej z kategorii personelu należy wpisać w osobnych wierszach.
4. Cena jednostkowa oraz czas trwania dotyczą całości pojedynczej konsultacji.

UWAGA: w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (koszty osobowe).

Rzeczywisty czas zaangażowania personelu na oddziale

Lp.	Nazwa	łącny czas poświęcony pacjentowi we wskazanym okresie hospitalizacji	Stawka wynagrodzenia na godzinę pracy
A	B	C	D
1	Lekarz		
2	Pielęgniarka		
...			

Konsultacje specjalistyczne personelu zatrudnionego poza oddziałem, na którym przebywa pacjent

Należy uwzględnić konsultacje wewnętrzne stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	Nazwa	łącna liczba zrealizowanych konsultacji	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. C x kol. D)	Czas trwania pojedynczej konsultacji [GG:MM]	Personel udzielający konsultacji np. lekarz chirurg	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H
1							
2							
...							

VI. ZAKŁADKA ZB:

Zakładka ta dotyczy wyłącznie zabiegu operacyjnego.

1. Należy w niej podać wszystkie zasoby i koszty związane z realizacją zabiegu operacyjnego - bez kosztów ponoszonych w związku z pobytem pacjenta w oddziale szpitalnym.
2. Punkt 1- należy podać wszystkie procedury ICD-9, które rzeczywiście zostały wykonane w ramach zabiegu Pankreatoduodenektomii.

3. Punkt 2 - należy podać informacje o rodzaju i czasie trwania znieczulenia oraz o czasie trwania samego zabiegu operacyjnego, a także o całkowitym czasie przebywania pacjenta na bloku.
4. W kolejnych tabelach należy podać informacje o zastosowanych produktach leczniczych, wyrobach medycznych oraz rodzaju i czasie zaangażowania personelu - odrębnie dla znieczulenia i dla zabiegu operacyjnego.
5. W punkcie 3 w kolumnie G należy zamieścić informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do bloku operacyjnego czy oddziału.

UWAGA: w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (koszty osobowe).

6. W punkcie 4 wpisać należy wszystkie środki trwałe (sprzęt medyczny) o rocznym koszcie utrzymania powyżej 12 000 zł, znajdujące się na bloku operacyjnym, zaangażowane w realizację danego zabiegu operacyjnego. Podać należy również średnią roczną liczbę zabiegów operacyjnych realizowanych z użyciem tego środka trwałego.
 - a. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).
 - b. Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.
7. Punkt 6 - jeżeli w opisywanym zabiegu operacyjnym używa się wymienniki kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy, a w kolumnie I wpisać częstości ich użycia (liczba od 0 do 100, bez symbolu %).

1 Informacje na temat procedury

1.1	NAZWA PROCEDURY ZABIEGOWEJ	PANKREATODUODENIEKTOMIA
1.2	Procedury ICD-9 wykonane w ramach zabiegu operacyjnego	Nazwa ICD-9
a.		
b.		
c.		
d.		

2 Czas trwania znieczulenia i zabiegu

2.1	Rodzaj znieczulenia	
2.2	Czas trwania zabiegu operacyjnego [h]	
2.3	Czas trwania znieczulenia [h]	
2.4	Czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym	

3 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu [wpisać właściwie: lekarz anesteziolog pielęgniarka anesteziologiczna operator/ asysta instrumentarzystka pielęgniarka pozostały personel]]	Liczba osób medycznego biorącego udział przy zabiegu	łącznie czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy zabiegu (w godzinach)	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy * [PLN]	łącznie koszty personelu z danej grupy zawodowej * przy zabiegu * [PLN] (kol. D x kol. E)	Koszty personelu ewidencjonowane na koncie bloku operacyjnego TAK/ NIE	w przypadku odpowiedzi NIE w kolumnie H, wskazać ośrodek powstawania kosztów, w którym ewidencjonowane są koszty personelu
A	B	C	D	E	F	G	H
DLA ZNIECZULENIA:							
1							
2							
...							
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO							
1							
2							
...							

* należy podać kwoty ze wszystkimi pochodnymi (brutto wraz z kosztami pracodawcy)

4 Zaangażowane środki trwałe, których roczny koszt utrzymania wynosi co najmniej 12 000 zł

Lp.	Nazwa środka trwałego	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba zabiegów operacyjnych wykonanych z użyciem środka trwałego
1				
2				
3				
4				
...				

* Wartość początkowa - w przypadku śr. trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.

5 Produkty lecznicze zużyte podczas zabiegu, w tym preparaty żywniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Liczba dawek podanych pacjentowi	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ³	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K
DLA ZNIECZULENIA:									
1.									
2.									
...									
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO									
1.									
2.									
...									

1 Postać preparatu leczniczego: granulata, maść, krem, pasta, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, kropl, proszek, szt, sasz, worek.

2 Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tablecie, 1 ampulce, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywniowe oraz płyny inf. powinny zawierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.

Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml, kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ml, aerozol - miligram/ml, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jmg/ml, jmg/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

3 Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

PRZYKŁADOWY SPOSÓB WYPEŁNIENIA W ODNIESIENIU DO RÓŻNEGO RODZAJU PREPARATÓW PODANY ZOSTAŁ W ZAKŁADCE PL

6 Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w trakcie zabiegu

Lp	Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	Typ ²	Producent/ dystrybutor	Podstawowa jednostka miary ³	Łączna liczba podstawowych jednostek miary zużyta na pacjenta (kol. E)	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Rozliczone do NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.8 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
DLA ZNIECZULENIA:									
1									
2									
...									
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO									
1									
2									
...									

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp..

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.