

ZARZĄDZENIE Nr 18/2016

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 27 kwietnia 2016 r.

w sprawie zmiany zarządzenia nr 17/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy w zakresie świadczeń: pobranie nerki od żywego dawcy oraz pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI) – karty kosztowe

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 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

W zarządzeniu nr 17/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 kwietnia 2016 r. w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy w zakresie świadczeń: pobranie nerki od żywego dawcy oraz pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI) – karty kosztowe, zwanego dalej „Zarządzeniem”, wprowadza się zmianę polegającą na nadaniu zasadom przekazywania przez świadczeniodawców, którzy podpisali z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowy o przekazywanie danych, danych niezbędnych do ustalenia taryfy w zakresie świadczeń: pobranie nerki od żywego dawcy oraz pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI) – karty kosztowe, stanowiącym Załącznik do Zarządzenia, brzmienie zgodne z treścią Załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

Matuszewicz
dr n. med. Wojciech J. Matuszewicz

OGÓLNE ZASADY WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

- prosimy o niedokonywanie żadnych zmian w układzie tabel,
- **NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE TABELĘ.** 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: <kod świadczeniodawcy>_<nn>.XLS

gdzie:

<kod świadczeniodawcy> – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ

<nn> – jest numerem kolejnym pliku (01, 02, itd.)

Typy danych:

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

1. Pola godziny („GODZINA”): format godziny 24 - godzinny „GG:MM”.
2. Pola numeryczne:
 - a. liczba - separator dziesiętny (przecinek); liczba powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku: format „LICZBA” „0,00”.
 - b. liczba wyrażona w walucie PLN - separator dziesiętny (przecinek); liczba powinna być zaokrąglona do czterech miejsc po przecinku: format „LICZBA” „0,0000”.
3. Procent - separator dziesiętny (przecinek); liczba powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku: format „LICZBA” „0,00”. **Nie należy dopisywać znaku „%”, tylko podać liczbę od 0 do 100.** Pola tekstowe (TEKST): wartość tekstowa ma nie być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu).
4. Kod/kody zakresu świadczenia (wg NFZ) – kod/kody zakresu, z którego rozliczane jest świadczenie, w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ); w przypadku występowania więcej niż jednego kodu zakresu należy podać po przecinku.
5. Kod produktu jednostkowego (wg NFZ) – kod produktu świadczenia sprawozdawanego, w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ).

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH stanowiąca Część A Załącznika do Zarządzenia nr 18/2016

Niniejszy formularz służy zebraniu informacji na temat kosztów przeciętnego/najczęściej stosowanego leczenia danego przypadku, który określony został w zakładce "Dane ogólne".

Punktem wyjścia jest leczenie poprzez zastosowanie świadczenia bądź procedury wskazanej przez AOTMiT w Umowie.

I. Dane ogólne:

1. Należy wypełnić jedynie pola, które **NIE SĄ** zaznaczone na szaro.
2. Punkty 2.1, 2.2 i 2.3 - należy wpisać kod zakresu świadczeń, kod produktu jednostkowego i kod procedury (jeśli została wskazana przez AOTMiT), którego dotyczą dane karty.
3. Punkt 2.1 - jeżeli dane świadczenie rozliczane jest w ramach więcej niż jednego zakresu świadczeń, proszę wpisać kody wszystkich zakresów, rozdzielając je przecinkiem. **Zasada ta NIE DOTYCZY świadczeń wyskospecjalistycznych.**
4. Punkt 2.4 - w przypadku, gdy poza procedurą wskazaną przez AOTMiT w trakcie standardowego leczenia danego przypadku wykonywane są także inne istotne procedury, należy je wskazać w kolejnych wierszach. Przy czym do istotnych procedur **NIE NALEŻĄ** opieka pielęgniarki, nakłucie żyły itp.
5. Punkt 2.5 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze, w jakim wykonywana jest dana procedura. W przypadku, gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam.
6. Punkt 2.6 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, jakie występują w przeciętnym przypadku, o ile występują.

7. Punkt 2.7 - należy wpisać nazwę oddziału szpitalnego, w którym odbywa się hospitalizacja związana z realizacją procedury oraz przeciętną liczbę dni pobytu pacjenta w trakcie leczenia. Gdy pacjent zwyczajowo hospitalizowany jest w kilku oddziałach, pobyt w każdym z nich wraz z podaniem liczby dni pobytu, należy wpisać w oddzielnym wierszu.
8. Punkt 2.8 - należy wpisać liczbę świadczeń (w zakresie, produkcie i ewentualnie procedurze ICD-9) zrealizowanych w roku 2015.
9. Punkt 2.9 - wpisać należy średnią wartość refundacji NFZ za jedno świadczenie.
10. Punkt 2.10 - jeżeli do produktu podstawowego zwyczajowo/ przeciętnie konieczne jest zrealizowanie dodatkowych świadczeń (produktów do sumowania), należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej średniej refundacji z NFZ.
11. Punkt 2.11 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dane przypadek (np. technikę wykonania zabiegu - sposobem otwartym albo laparoskopowo).

świadczeniodawca wypełnia tylko jasne pola (białe)

I INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod świadczeniodawcy		
1.2	Nazwa świadczeniodawcy		
2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ			
2.1	Kod/ kody i nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)	..	
2.2	Kod i nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	..	
2.3	Procedura (kod i nazwa wg ICD-9)	..	
2.4	Pozostałe istotne procedury (jeśli wystąpiły) (kod i nazwa)		
a	...		
...			
2.5	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *		
2.6	Rozpoznania współistniejące (kod i nazwa)		
a	...		
...			
2.7	Pobyty na oddziałach w trakcie standardowej/ przeciętnej hospitalizacji		
	nazwa oddziału	liczba dni pobytu	koszt osobodnia
a
....
2.8	Liczba świadczeń zrealizowanych w roku 2015	
2.9	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla produktu podstawowego [PLN]	
2.10	Świadczenia do sumowania (kod i nazwa wg NFZ)	Liczba produktów zrealizowanych w przeciętnym procesie leczenia	średnia łączna wartość refundacji [PLN]
a
...
2.11	Dodatkowe informacje	

* w przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam

II. Zakładka PL:

W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie produkty lecznicze, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.

(Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10.)

Leczenie farmakologiczne

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia*

l.p.	nazwa handlowa	nazwa międzynarodowa	Typ jednostki miary (postać, pojemność, dawka)	Liczba jednostek miary podanych pacjentowi	Cena jednostki miary [brutto, PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1								
...								

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

III. Zakładka WM 1:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.), a także krwi, preparatów krwiopochodnych i preparatów żywieniowych.
2. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. W tabeli tej wskazać należy jedynie te wyroby, które pacjent otrzymuje w trakcie pobytu w oddziale, także krew, preparaty krwiopochodne i preparaty żywieniowe. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, czyli częstotliwość stosowania wynosi 10%, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10.)
3. W przypadku preparatów krwi, preparatów krwiopochodnych i preparatów żywieniowych w kolumnie J zaznaczyć należy, czy zostały one wykazane do NFZ jako świadczenie do sumowania.

Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w trakcie realizacji świadczenia*

Należy uwzględnić wszystkie wyroby zużywane jednorazowo, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia (np. specjalistyczne materiały opatrunkowe itp.) oraz krew, preparaty krwiopochodne i preparaty żywieniowe.

Lp.	nazwa wyrobu medycznego	typ	producent	jednostka miary	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [TAK/ NIE]	Uwagi
I										
...										

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

IV. Zakładka WM 2:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych, które nie są środkami trwałymi, ale mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta albo u kilku pacjentów (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. dwa razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w pięciu przypadkach).
2. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. W tabeli tej wskazać należy jedynie te wyroby, które pacjent otrzymuje w trakcie pobytu w oddziale. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, czyli częstotliwość stosowania wynosi 10%, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10%.)
3. W odniesieniu do każdego wyrobu należy wpisać informację o liczbie użyć danego wyrobu, a także o liczbie użyć tego wyrobu na rzecz pojedynczego przypadku/ pacjenta (w pojedynczym procesie leczenia).

Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo (niebędące środkami trwałymi)*

Należy uwzględnić wszystkie wyroby medyczne i materiały wielorazowego użytku, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia.

Lp.	Nazwa	typ	producent	Cena jednostkowa [PLN]	Przeciętna ilość użyć w trakcie realizacji jednego świadczenia	Przeciętna ilość użyć ogółem	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
I								
...								

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

V. Zakładka PR 1:

1. W tabeli w kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie procedury wykonywane na rzecz pacjenta w trakcie przeciętej realizacji świadczenia.
2. Uwzględnić należy procedury takie jak: badania laboratoryjne, diagnostyka nielaboratoryjna (obrazowa), a także inne świadczenia realizowane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny). Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys. (Przykład: jeśli badanie x wykonuje się

zwyczajowo w danym procesie leczenia ale co 10-mu pacjentowi, czyli częstotliwość stosowania wynosi 10% w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10.)

3. NIE NALEŻY wpisywać konsultacji lekarskich realizowanych przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie.

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

Należy uwzględnić wszystkie procedury, badania itp. jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia.

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1							
...							

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

VI. Zakładka PR 2:

1. W kolejnych wierszach tabeli wpisać należy konsultacje realizowane przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.
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 odpowiedniej komórce - o ile możliwe jest przypisanie kosztu do danej kategorii personelu.

Konsultacje specjalistyczne personelu zatrudnionego poza oddziałem, na którym przebywa pacjent

Należy uwzględnić konsultacje wewnętrzne, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia.

Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Czas trwania [GG:MM]	Koszt lekarza (dla konsultacji) [PLN]	Koszt pielęgniarki/położnej (dla konsultacji) [PLN]	Koszt pozostałego personelu (dla konsultacji) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1										
...										

VII. Zakładka ZB:

1. W tej zakładce podać należy wszystkie zasoby i koszty związane z realizacją zabiegu operacyjnego - bez kosztów ponoszonych w związku z pobytym pacjenta w oddziale szpitalnym.
2. Punkt 1 - podać należy 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.
3. Punkt 2 - należy podać informacje o rodzaju i przeciętnym czasie trwania znieczulenia oraz o przeciętnym czasie trwania samego zabiegu operacyjnego.
4. W kolejnych tabelach podać należy informacje o zastosowanych produktach leczniczych, wyrobach medycznych oraz rodzaju i czasie zaangażowania personelu - odrębnie dla znieczulenia dla zabiegu operacyjnego.
5. W punkcie 3 w kolumnie G zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do bloku operacyjnego czy oddziału.
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. Punkty 6 i 7 - jeżeli w opisywanym zabiegu operacyjnym używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu (np. stentów, rozruszników serca, endoprotez) to należy podać wszystkie te typy, a w kolumnie I wpisać częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków - w kolumnie „Częstość zastosowania” nie należy dopisywać znaku „%”, tylko podać liczbę od 0 do 100).

Procedury zabiegowe wraz z procedurą znieczulenia (dla każdej procedury proszę wypełnić oddzielny arkusz)

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 wszystkie zabiegi operacyjne)	
1.4	łącznie teoretyczny czas pracy <u>wszystkich sal operacyjnych</u> w roku 2015 [GG:MM]	
1.5	rzeczywisty czas trwania <u>wszystkich operacji zrealizowanych</u> w roku 2015 (w godzinach - wg książki operacyjnej) [GG: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 wyłącznie czas realizacji procedur zabiegowych

2 Informacje na temat procedury

2.1	Kod ICD-9 procedury zabiegowej	
2.2	Rodzaj znieczulenia	
2.3	Czas trwania zabiegu operacyjnego [GG:MM]	
2.4	Czas trwania znieczulenia [GG:MM]	

3 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział przy zabiegu	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy zabiegu (GG:MM)	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2015 r. [PLN]	Łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej przy zabiegu [PLN]	koszty personelu ewidencjonowane na koncie bloku operacyjnego TAK/ NIE
DLA ZNIECZULENIA:						
1						
...						
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO						
1						
...						

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				
...				

* 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

Lp.	kod EAN	nazwa handlowa	nazwa międzynarodowa	Typ jednostki miary (postać, pojemność, dawka)	Liczba jednostek miary podanych pacjentowi	Cena jednostki miary (brutto, PLN)	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
DLA ZNIECZULENIA:								
1								
...								
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO								
1								

...								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

6 Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie zabiegu oraz krew i preparaty krwiopochodne

Należy uwzględnić wszystkie wyroby używane jednorazowo, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w trakcie zabiegu (np. stenty, implanty, specjalistyczne materiały opatrunkowe itp.) oraz krew, preparaty krwiopochodne i preparaty żywieniowe.

Lp.	nazwa wyrobu medycznego	typ	producent	jednostka miary	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
DLA ZNIECZULENIA:								
1								
...								
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO								
1								
...								

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu (np. stentów, rozruszników serca, endoprotez) to w kolumnie 1 należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków – w kolumnie „Częstość zastosowania” nie należy dopisywać znaku „%”, tylko podać liczbę od 0 do 100).

7 Wyroby medyczne i inne materiały używane wielorazowo (niebędące środkami trwałymi)

Należy uwzględnić wszystkie wyroby medyczne i materiały wielorazowego użytku, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w trakcie zabiegu.

Lp.	Nazwa	typ	producent	Cena jednostkowa [PLN]	Przeciętna ilość użytych w trakcie realizacji jednego świadczenia	Przeciętna ilość użytych ogółem	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
DLA ZNIECZULENIA:							
1							
...							
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO							
1							
...							

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH DOTYCZĄCYCH POBRANIA I PRZETOCZENIA LIMFOCYTÓW DAWCY
stanowiąca Część B Załącznika nr 18/2016

Niniejszy formularz służy zebraniu informacji na temat kosztów związanych z realizacją świadczenia 5.53.01.0000939 Pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI)

Formularz składa się z dwóch zakładek:

- Dane ogólne,
- Przetoczenie,

I. Zakładka Dane ogólne:

Należy wypełnić jedynie pola, które **NIE SĄ** zaznaczone na szaro.

1.1 - należy wpisać kod świadczeniodawcy nadawany przez oddział wojewódzki NFZ.

1.2 – należy podać nazwę świadczeniodawcy.

1.4 – należy wpisać liczbę świadczeń zrealizowanych w roku 2015, w podziale na:

- liczbę świadczeń, w których wykorzystano limfocyty pozyskane z zagranicy (punkt a)
- liczbę świadczeń, w których wykorzystano limfocyty pozyskane w kraju (punkt b)
- liczbę świadczeń, w których wykorzystano limfocyty pozyskane od dawcy spokrewnionego (punkt c)

1.5 – należy wpisać średnią wartość refundacji uzyskaną z NFZ za jedno świadczenie w roku 2015.

1.6 – miejsce na wpisanie ewentualnych dodatkowych informacji.

2.1 – należy wpisać łączne roczne koszty (za rok 2015) pozyskania limfocytów w kraju, a także koszt w przeliczeniu na jednego pacjenta. Koszty przeliczone i wyrażone w walucie PLN.

2.2 – należy wpisać łączne koszty (za rok 2015) pozyskania limfocytów za granicą, a także koszt w przeliczeniu na jednego pacjenta. Jeżeli w trakcie roku limfocyty pozyskiwane były z różnych krajów, prosimy o podanie

informacji odnośnie każdego z nich w osobnym wierszu (a, b, c itd.). Koszty przeliczone i wyrażone w walucie PLN.

2.3 - należy wpisać łączne roczne koszty (za rok 2015) pozyskania limfocytów od dawcy spokrewnionego, a także koszt w przeliczeniu na jednego pacjenta. Koszty przeliczone i wyrażone w walucie PLN.

świadczeniodawca wypełnia tylko jasne pola
(białe)

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod świadczeniodawcy	
1.2	Nazwa świadczeniodawcy	
1.3	Kod i nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	5.53.01.0000939 Pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI)
1.4	Liczba świadczeń zrealizowanych w roku 2015, w tym:	
a	Z użyciem preparatów otrzymanych z banków krajowych	
b	Z użyciem preparatów otrzymanych z banków zagranicznych	
c	Z użyciem preparatów otrzymanych od dawcy spokrewnionego	
1.5	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla jednego świadczenia [PLN]	
1.6	Dodatkowe informacje	...

2 KOSZT POZYSKANIA LIMFOCYTÓW

		Koszt na jednego pacjenta [PLN]	Łączne koszty roczne (2015) [PLN]	Koszt na jednego pacjenta [PLN]*	Łączne koszty roczne (np. 2014)[PLN]*
2.1	Koszt pozyskania limfocytów dawcy z banku krajowego				
2.2	Koszt pozyskania limfocytów dawcy z banku zagranicznego - nazwa kraju				
a					
...					
2.3	Koszt pozyskania limfocytów dawcy spokrewnionego				

* w przypadku kiedy dysponują Państwo danymi kosztowymi dotyczącymi pozyskania limfocytów dawcy z innych lat i są w stanie przekazać je do Agencji prosimy o uzupełnienie kolejnych kolumn

II. Zakładka Przetoczenie:

W tej zakładce należy podać informacje o kosztach ponoszonych w związku z procedurą samego przetoczenia limfocytów.

1. Informacje na temat procedury:

1.1 – należy wpisać standardowy czas trwania przetoczenia limfocytów [GG:MM]

1.2 – należy podać nazwę komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, w której odbywa się realizacja świadczenia (oddziału, pracowni itp.).

1.1	czas trwania przetoczenia [GG:MM]	
1.2	nazwa komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, w której odbywa się realizacja świadczenia	

2. Zaangażowany personel - w odniesieniu do jednego świadczenia – należy podać informacje o:

- kategoriach personelu (lekarz, pielęgniarka itp.) biorącego udział w realizacji świadczenia,
- liczbie osób z każdej kategorii personelu,
- łącznym czasie zaangażowania poszczególnych kategorii personelu w realizację świadczenia,
- godzinowej stawce wynagrodzenia w roku 2015,
- wysokości wynagrodzenia w przeliczeniu na jedno świadczenie (mnożąc łączny czas zaangażowania w realizację świadczenia przez godzinową stawkę wynagrodzenia).

Lp.	Grupa zawodowa personelu	Liczba osób z danej grupy zawodowej biorących udział w realizacji świadczenia	Łączny czas zaangażowania w realizację świadczenia [GG:MM]	Stawka godzinowa wynagrodzenia w roku 2015 [PLN]	Wysokość wynagrodzenia w przeliczeniu na jedno świadczenie	Uwagi
1						
...						

3. Produkty lecznicze – należy wskazać wszystkie produkty lecznicze używane w trakcie realizacji świadczenia, jednostkę miary, koszt jednostkowy oraz wielkość i wartość zużycia na jedno świadczenie. Jeżeli w realizacji świadczenia nie używa się produktów leczniczych, w pierwszym wierszu tabeli należy wpisać „nie dotyczy”.

Lp.	nazwa handlowa	nazwa międzynarodowa	Typ jednostki miary (postać, pojemność, dawka)	Liczba jednostek miary używana przy realizacji jednego świadczenia	Cena jednostki miary [brutto, PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Uwagi
1							
...							

4. Wyroby medyczne - należy wskazać wszystkie wyroby medyczne używane w trakcie realizacji świadczenia, jednostkę miary, koszt jednostkowy oraz wielkość i wartość zużycia na jedno świadczenie. Jeżeli w realizacji świadczenia nie używa się wyrobów medycznych, w pierwszym wierszu tabeli należy wpisać „nie dotyczy”.

Lp.	Nazwa wyrobu	Jednostka miary	Liczba używana w trakcie realizacji jednego świadczenia	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Uwagi
1						
...						

5. Procedury (w tym badania laboratoryjne) - należy wskazać wszystkie procedury wykonywane w trakcie realizacji świadczenia (w tym badania laboratoryjne, obrazowe, inne), koszt jednostkowy oraz wielkość i wartość realizacji na jedno świadczenie. Jeżeli w realizacji świadczenia wykonuje się żadnych procedur, w pierwszym wierszu tabeli należy wpisać „nie dotyczy”.

Lp.	Nazwa	Liczba procedur wykonywanych przy realizacji jednego świadczenia	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Uwagi
1					
...					

6. Pozostałe koszty – należy wskazać wszelkie pozostałe koszty związane z realizacją świadczenia, które nie zostały ujęte we wcześniejszych tabelach. Koszty podać w odniesieniu do pojedynczego świadczenia.

Lp.	Rodzaj kosztu	Wielkość kosztu w przeliczeniu na jedno świadczenie [PLN]
1		
...		