

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH

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 załączniku, realizowanej w danym zakresie.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

Prosimy o nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel.

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE TABELLE. 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".

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 wysokospecjalistycznych.
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 dany przypadek (np. technikę wykonania zabiegu - sposobem otwartym albo laparoskopowo).

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%.)

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, 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.

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, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10%.)*
3. W odniesieniu do każdego wyrobu należy wpisać informację o liczbie użyciu danego wyrobu, a także o liczbie użyciu tego wyrobu na rzecz pojedynczego przypadku/ pacjenta (w pojedynczym procesie leczenia).

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, 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.

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.

VII. Zakładka ZB:

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