

ZARZĄDZENIE Nr 7/2016

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 2 marca 2016 r.

**w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do
ustalenia taryfy wybranych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, świadczenia
odrębnie kontraktowane – karty kosztorysów**

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

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców którzy podpisali umowy o przekazywanie danych z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, danych niezbędnych do ustalenia taryfy wybranych świadczeń w rodzaju **leczenie szpitalne, świadczenia odrębnie kontraktowane – karty kosztorysów**, stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

Matuszewicz W
dr n. med. Wojciech J. Matuszewicz

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH

stanowiąca Część A Załącznika do Zarządzenia nr 7/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 marca 2016 roku w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy wybranych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, świadczenia odrębnie kontraktowane – karty kosztorysów

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.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

Prosimy o niedokonywanie żadnych zmian w układzie tabel.

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE TABELĘ. 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:

<kod oddziałowy świadczeniodawcy>_<nn>.XLS

gdzie:

<kod oddziałowy 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. 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).

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 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).

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/ 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	...								
b	...								
c	...								
...									
2.5	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *								
2.6	Rozpoznanie współistniejące (kod i nazwa)								
a	...								
b	...								
c	...								
2.7	Pobyty na oddziałach w trakcie standardowej/przeciętnej hospitalizacji								
	nazwa oddziału					liczba dni pobytu			koszt osobodnia
a
b
....
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)								
a	...					Liczba produktów zrealizowanych w przeciętnym procesie leczenia			średnia łączna wartość refundacji [PLN]
b
....
....

PLS

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. Załączka 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 w danym procesie leczenia ale podaje go 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*

Lp.	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								
2								
...								
...								

*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 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.

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
1										
2										
...										
...										

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

IV. Załączka WM 2:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych, które nie są środkami trwałymi, ale mogą być zastosowane kilkukrotnie 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 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 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
1								
2								
...								
...								

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

V. Zakładka PR 1:

1. W tabeli w kolejnych wierszach wpisać 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 dla 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.

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							
2							
...							
...							

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

VI. Załącznik 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 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 a [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Czas trwania [min]	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										
2										
...										
...										

15

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 częstotści ich użycia (w % wszystkich przypadków).

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 wszystkich sal operacyjnych w roku 2015 [h]	
1.5	rzeczywisty czas trwania wszystkich operacji zrealizowanych w roku 2015 (w godzinach - wg książki operacyjnej) [h]*	

* 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 [h]	
2.4	Czas trwania znieczulenia [h]	

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 (w godzinach)	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						
2						
...						

14

DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO

1						
2						
3						
...						

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 sr trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).

** Koszt powinien uwzględnić 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												
2												
...												
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO												
1												
2												
3												
...												

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								
2								
...								
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO								
1								
2								
3								
...								

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu (np. stentów, rozruszników serca, endoprotez) to w kolumnie I należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).

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 użyć w trakcie realizacji jednego świadczenia	Przeciętna ilość użyć ogółem	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
DLA ZNIECZULENIA:							
1							
2							
...							
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO							
1							
2							
3							
...							

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH DOTYCZĄCYCH RADIOTERAPII I BRACHYTERAPII

stanowiąca Część B Załącznika do Zarządzenia nr 7/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia ..2. marca 2016 roku w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy wybranych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, świadczenia odrębnie kontraktowane – karty kosztorysów

Niniejszy formularz służy zebraniu informacji na temat kosztów przeciętnego/ najczęściej stosowanego przebiegu leczenia za pomocą radioterapii/ brachyterapii.

Formularz składa się z czterech zakładek:

- ogólne dane o świadczeniu,
- dane o procesie planowania,
- dane o procesie naświetlania
- dane o pozostałych kosztach związanych z realizacją świadczenia.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

Prosimy o niedokonywanie żadnych zmian w układzie tabel.

Jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów), prosimy w odpowiedniej tabeli wpisać "nie dotyczy".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:
<kod oddziałowy świadczeniodawcy>_<nn>.XLS

gdzie:

<kod oddziałowy 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:

6. Pola godziny („GODZINA”): format godziny 24 - godzinny „GG:MM”.
7. 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”.
8. Pola tekstowe (TEKST): wartość tekstowa ma nie być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu).
9. 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.
10. Kod produktu jednostkowego (wg NFZ) – kod produktu świadczenia sprawozdawanego, w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ).

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 (z katalogu Id NFZ), których dotyczą dane karty.
3. Punkt 2.4 - w przypadku, gdy poza procedurą podstawową (z katalogu Id NFZ) 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.
4. 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.
5. Punkt 2.6 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, jakie występują w przeciętnym przypadku, o ile występują.
6. Punkt 2.7 - należy wpisać liczbę świadczeń, których dotyczy karta kosztowa, zrealizowanych w roku 2015.
7. Punkt 2.8 - wpisać należy średnią wartość refundacji NFZ za jedno świadczenie w roku 2015.
8. Punkt 2.9 - jeżeli do produktu podstawowego zwyżajowo/ przeciętnie konieczne jest realizowanie dodatkowych świadczeń (produktów do sumowania z katalogu Ic NFZ), należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej średniej refundacji z NFZ.
9. Punkt 2.10 - 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

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	...
b	...

...			
...			
2.5	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *		
2.6	Rozpoznania współistniejące (kod i nazwa)		
a	...		
b	...		
c	...		
2.7	liczba świadczeń w roku 2015		
2.8	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. [PLN]		
2.9	Świadczenia do sumowania (kod i nazwa wg NFZ)	Liczba produktów zrealizowanych	średnia wartość refundacji [PLN]
a			
b			
...			
2.10	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. Załącznik PR 1:

1. W zakładce tej należy podać informacje o rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów oraz ich kosztach w odniesieniu do etapu planowania radioterapii/ brachyterapii. Jeżeli u świadczeniodawcy funkcjonuje kilka pracowni, w których odbywa się planowanie, wszystkie dane należy podać łącznie dla wszystkich OPK (pracowni).
2. W punkcie 1 podać należy roczne całkowite koszty funkcjonowania ośrodka powstawania kosztów, Z WYŁĄCZENIEM kosztów osobowych. Podać należy również łączny roczny teoretyczny czas pracy, a także łączny roczny rzeczywisty czas realizacji świadczeń związanych z planowaniem radioterapii. Jeżeli w pracowni jest kilka urzędzeń, na których prowadzone jest planowanie radioterapii, należy podać sumę czasu pracy wszystkich aparatów.
3. Jeżeli w danym świadczeniu alternatywnie stosuje się różne rodzaje planowania, dla każdego z nich należy podać średni czas trwania planowania. Dodatkowo przy każdym typie planowania należy wówczas podać częstość z jaką jest stosowany (w procentach)
4. W punkcie 2 podać należy wszystkie kategorie personelu biorącego udział w procesie planowania radioterapii. W kolumnie G zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do ośrodka powstawania kosztów, w którym realizowany jest proces planowania radioterapii.
5. W punkcie 3 wpisać podać należy wszystkie produkty lecznicze stosowane w związku z procesem planowania radioterapii. 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%.)
6. W punkcie 4 i 5 wskazać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie stosowane są w procesie planowania radioterapii (np. maski). Jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).
7. W punkcie 6 należy wymienić wszelkie procedury laboratoryjne, badania obrazowe i inne procedury realizowane w związku z procedurą planowania radioterapii. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.

ETAP PLANOWANIA

1 Koszt funkcjonowania pracowni

1.1	nazwa pracowni	
1.2	roczne koszty ogółem (bez kosztów osobowych) [PLN]	
1.3	łączny teoretyczny czas pracy w roku * [h]	

	rzeczywisty roczny czas realizacji świadczeń związanych z planowaniem radioterapii * [h]	planowanie typ A	planowanie typ B	planowanie typ
1.4				
1.5	rodzaj stosowanego planowania **			
1.6	średni czas planowania u jednego pacjenta [h]			
1.7	częstość występowania [w %]			

* Jeśli w pracowni jest kilka urządzeń, na których prowadzone jest planowanie radioterapii, należy podać sumę czasu pracy wszystkich aparatów.

** Jeśli przy danym typie radioterapii stosuje się różne rodzaje planowania, dla każdego z nich proszę podać średni czas trwania; dodatkowo przy każdym typie planowania proszę podać częstość z jaką jest stosowany.

2 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego (nazwa)	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział w planowaniu	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej [h]	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w II połowie 2015 r. [PLN]	Łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej w planowaniu [PLN]	koszty personelu ewidencjonowane na koncie pracowni TAK/NIE
1						
2						
3						
...						

3 Produkty lecznicze zużyte w procesie planowania

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie planowania radioterapii.

Lp.	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 [%]
1							
2							
3							
...							

4 Wyroby medyczne zużywane jednorazowo w procesie planowania

Należy uwzględnić wszystkie wyroby zużywane jednorazowo, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w planowaniu radioterapii (np. maski).

Lp.	nazwa wyrobu medycznego	typ	producent	jednostka miary (szt itp.)	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
1								
2								
3								
...								

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).

5 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 planowaniu radioterapii.

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 [%]
1							
2							
3							
...							

6

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 planowania radioterapii.

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje)	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1							
2							
...							
...							

III. Załączka PR 2:

1. W zakładce tej należy podać informacje o rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów oraz ich kosztach w odniesieniu do etapu naświetlania. Jeżeli u świadczeniodawcy funkcjonuje kilka zakładów/ pracowni, w których odbywają się naświetlania, wszystkie dane należy podać łącznie dla wszystkich OPK (zakładów/ pracowni).
2. W punkcie 1 podać należy roczne całkowite koszty funkcjonowania ośrodka powstawania kosztów, Z WYŁĄCZENIEM kosztów osobowych i kosztów aparatury. Podać należy również łączny roczny teoretyczny czas pracy, a także łączny roczny rzeczywisty czas realizacji świadczeń związanych z naświetlaniem. Jeżeli jest kilka urzędzeń, na których prowadzone są naświetlania, należy podać sumę czasu pracy wszystkich aparatów.
3. W punkcie 2 podać należy informację o stosowanych rodzajach planowania (zgodnie z tabelą 1 w zakładce PR_1), a także średniej liczbie frakcji naświetlania na jedno świadczenie, średniej liczbie dni naświetlania i średnim czasie trwania jednej frakcji. Jeżeli zwyczajowo stosuje się różną liczbę frakcji naświetlania, to należy również podać częstość występowania każdego z wariantów (przy czym jeśli rodzaj planowania jest jeden, nie ma konieczności wypełniania punktu 2.1).
4. W punkcie 3 należy podać informację wyłącznie o aparatach wykorzystywanych do realizacji świadczenia, którego dotyczy karta kosztowa. Dla każdego z urzędzeń podać należy roczny koszt eksploatacji, a także możliwą do realizacji roczną liczbę frakcji naświetlania oraz liczbę frakcji rzeczywście realizowaną (całkowitą, dla WSZYSTKICH świadczeń realizowanych na tym aparacie).
5. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).
6. 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. W punkcie 4 podać należy wszystkie kategorie personelu biorącego udział w procesie naświetlania. W kolumnie G zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do ośrodka powstawania kosztów, w którym realizowane jest naświetlanie.
8. W punkcie 5 wpisać podać należy wszystkie produkty lecznicze stosowane w związku z procesem naświetlania. 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%).
9. W punkcie 6 i 7 wskazać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie stosowane są w procesie naświetlania. Jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).
10. W punkcie 8 należy wymienić wszelkie procedury laboratoryjne, badania obrazowe i inne procedury realizowane w związku z realizacją naświetlania. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.

**ETAP
NASWIELLANIA**

1 Koszt funkcjonowania pracowni

1.1	nazwa pracowni/ zakładu	
1.2	łącznie roczne koszty ogółem (bez kosztów osobowych i kosztów aparatury) [PLN]	
1.3	łącznie teoretyczny czas pracy w roku * [h]	
1.4	rzeczywisty roczny czas realizacji procedur związanych z naswietlaniem * [h]	

* Jeśli w pracowni jest kilka urządzeń, na których prowadzone jest naswietlanie, należy podać sumę czasu pracy wszystkich aparatów.

2 Informacje o wariantach naswietlania

		wariant A	wariant B	wariant ...
2.1	rodzaj stosowanego planowania *			
2.2	średnia liczba frakcji naswietlania			
2.3	średnia liczba dni naswietlania			
2.4	średni czas trwania jednej frakcji naswietlania [min]			
2.5	częstość występowania [%]			

* Jeśli przy danym typie radioterapii stosuje się różne rodzaje planowania albo występują różnice w liczbie frakcji naswietlania, każdy z wariantów proszę wskazać w osobnej kolumnie dodatkowo podając częstość z jaką występuje.

3 Zaangażowane środki trwałe (aparatura do radioterapii)

Lp.	Nazwa	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba frakcji możliwa do realizacji (potencjał)	Roczna rzeczywista liczba zrealizowanych frakcji
1					
2					
3					
...					

* Wartość początkowa - w przypadku środków 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.

4 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego (nazwa)	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział w naswietlaniach	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej [h]	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w II połowie 2015 r. [PLN]	Łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej w naswietlaniach [PLN]	koszty personelu ewidencjonowane na koncie pracowni/zakładn TAK/ NIE
1						
2						
3						
...						

5 Produkty lecznicze użyte w procesie nasświetlania

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie nasświetlania.

Lp.	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 [%]
1							
2							
3							
...							

6 Wyroby medyczne używane jednorazowo w procesie nasświetlania

Należy uwzględnić wszystkie wyroby używane jednorazowo, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w trakcie nasświetlania.

Lp.	nazwa wyrobu medycznego	typ	producent	jednostka miary	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]
1								
2								
3								
...								

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).

7 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 trakcie nasświetlania.

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 [%]
1							
2							
3							
...							

8 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 związku z nasświetlaniem.

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje)	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1							
2							
...							
...							

IV. Załącznik Pozostałe koszty:

1. W tej zakładce wskazać należy wszystkie inne kategorie kosztów mające wpływ na koszt świadczenia, które nie zostały ujęte w pozostałych tabelach (np. koszt ochrony radiologicznej).
2. Punkt 2 dotyczy kosztów (osobowych i ewentualnych realizowanych procedur) ponoszonych w związku z kontrolą i oceną skutków leczenia.

1. Koszty związane z realizacją świadczeń radioterapii/ brachyterapii, nieujęte w poprzednich tabelach.

nazwa ośrodka powstawiania kosztów (OPK)	roczne koszty ogółem [PLN]	roczna liczba realizowanych świadczeń radioterapii/ brachyterapii	średni koszt na jedno ZREALIZOWANE świadczenie [PLN]
np. Ochrona Radiologiczna			
...			

2. Koszty związane z kontrolą efektu leczenia

2a. Koszty osobowe

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego (nazwa)	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział w udzielaniu świadczenia	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej [h]	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w II połowie 2015 r. [PLN]	Łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej w świadczeniu [PLN]

162

Załącznik
do Zarządzenia nr 7/2016
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
z dnia 2 marca 2016 roku
Część B

1							
2							
3							
...							

2b. Koszty procedur

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje)	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w całej populacji pacjentów [%]	Uwagi
1							
2							
...							
...							