

A) DANE **Ś**WIADCZENIODAWCY

Nazwa i adres podmiotu leczniczego

Imię i nazwisko osoby reprezentującej podmiot leczniczy

Numer księgi rejestrowej

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (szpital)

Adres: Miejscowość /Ulica/nr domu

Kod pocztowy

Czy przedsiębiorstwo wykonuje działalność leczniczą w rodzaju 1 – „stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne”?

Kod świadczeniodawcy wg NFZ

Imię i nazwisko osoby do kontaktu

Numer telefonu

Adres email

**B. INFORMACJA O RODZAJU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY w 2016 r.**

	Realizacja umowy z NFZ w rodzaju	Deklaracja przekazania danych w pliku FK
01 Podstawowa opieka zdrowotna		
01 Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ASDK)		
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS)		
03 Leczenie szpitalne		
03 Leczenie szpitalne - chemioterapia		
03 Leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne		
03 Leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe)		
03 Leczenie szpitalne - teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa		
03 Leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne		
04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		
05 Rehabilitacja lecznicza		
07 Leczenie stomatologiczne		
08 Lecznictwo uzdrowiskowe		
10 Profilaktyczne programy zdrowotne		
11 Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie		
12 Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi		
14 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze		
15 Opieka paliatywna i hospicyjna		
16 Ratownictwo medyczne		
17 Pomoc doraźna i transport sanitarny		

**C) INFORMACJE O PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO REALIZUJĄCYM ŚWIADCZENIA W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE:**

C.1. Liczba komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym (z wyłączeniem stacji dializ (4132) oraz izby przyjęć (4900), szpitalnego oddziału ratunkowego (4902), bloku operacyjnego (4910), sali porodowej (4912), apteki szpitalnej/zakładowej/działu farmacji (4920), działu anestezjologii (4950)

C.2. Liczba wszystkich komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym, z których zostaną przekazane dane do Agencji

C.3. Liczba sprawozdanych hospitalizacji w komórkach organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym (z wyłączeniem stacji dializ (4132) oraz izby przyjęć (4900), szpitalnego oddziału ratunkowego (4902), bloku operacyjnego (4910), sali porodowej (4912), apteki szpitalnej/zakładowej/działu farmacji (4920), działu anestezjologii (4950) w rodzaju leczenie szpitalne w 2015 r.:

C.4. Nazwa systemu informatycznego, w którym gromadzone są i rozliczane świadczenia medyczne w 2016 r

C.5. Elektroniczna dokumentacja pacjenta

Czy prowadzą Państwo elektroniczną dokumentację pacjenta w rodzaju leczenie szpitalne?:

TAK, we wszystkich komórkach organizacyjnych będących oddziałami szpitalnymi

TAK, ale tylko dla części komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym

Proszę podać liczbę w ilu:

NIE

Jeśli NIE, to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić elektroniczną dokumentację pacjenta?

C.6. Standard rachunku kosztów

Czy wprowadziliście Państwo standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców?: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Jeśli NIE, to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić standard rachunku kosztów, o którym mowa powyżej?

**D) INFORMACJA O SZCZEGÓŁOWOŚCI GROMADZENIA PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO, DANYCH KOSZTOWYCH W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE dla wszystkich komórek wskazanych w pkt. C.2. (proszę o uważne czytanie informacji w polu odpowiedzi.)**

D.1. Dla ilu procent pacjentów mają Państwo przypisane w systemie elektronicznym wszystkie wyroby lecznicze? (Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:

D.2. Dla ilu procent pacjentów mają Państwo przypisane w systemie elektronicznym wszystkie wyroby medyczne? (Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:

D.3. Dla ilu procent pacjentów mają Państwo przypisane w systemie elektronicznym wszystkie procedury medyczne [diagnostyczne, pielęgnacyjne, zabiegowe, terapeutyczne; w tym również realizowane przez podmiot zewnętrzny]?

(Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:

D.4. Dla ilu procent pacjentów mają Państwo przypisane w systemie elektronicznym rodzaj i czas zaangażowania personelu medycznego we wszystkich procedurach zabiegowych i terapeutycznych?

(Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:

D.5. Dla ilu (procentowo) spośród realizowanych rodzajów procedur medycznych (diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych i terapeutycznych) jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy? (Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:

D.6. Czy jesteście Państwo w stanie przekazać produkty lecznicze i wyroby medyczne z systemu obrotu apteczno – magazynowego?

Uwagi:

D.7. Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów (oddziału) zawierające informacje analityczne przynajmniej o wszystkich następujących kosztach:

- koszty według rodzaju:
  - w tym koszty leków,
  - w tym koszty wyrobów medycznych,
  - w tym wynagrodzenia w podziale na lekarzy, rezydentów, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel
  - w tym kontrakty w podziale na lekarzy, rezydentów, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel,
  - w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej
- koszty ogólnego zarządu.

Uwagi:

D.8. Czy jesteście Państwo w stanie przekazać wybrane dane niefinansowe takie jak:

- sumę za rok liczby etatów zatrudnionego na umowy o pracę personelu medycznego w podziale na lekarzy, rezydentów, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel
- sumę za rok liczby etatów personelu medycznego wynikających z umów cywilno-prawnych, kontraktów (należy przeliczyć inne niż etat jednostki naliczania wynagrodzenia na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat = 160 godz. miesięcznie) w podziale na lekarzy, rezydentów, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel
- obłożenie na oddziałach, rzeczywiste wykorzystanie bloku operacyjnego i innych wybranych ośrodków realizujących procedury medyczne, informacje pozwalające przypisać personel do ośrodków, w których realizuje zadania
- wykaz środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNI) przypisanych do ośrodka powstawania kosztów, których miesięczny koszt utrzymania wynosi co najmniej 1000 zł (może obejmować amortyzację, opłatę z tytułu najmu/dzierżawy/leasingu, a także opłaty serwisowe itp.)

Uwagi:

## E) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu Leczniczego do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych:

ODPŁATNIE

NIEODPŁATNIE

data i miejscowość

Podpis osoby upoważnionej do  
reprezentowania Podmiotu

# DANE DO UMOWY

Prosimy o wypełnienie tylko jednej komparycji do umowy właściwej ze względu na formę prawną prowadzonej przez Państwa działalności.

Typ działalności

---

## F1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Seria i numer dowodu osobistego	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

---

## F2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Wysokość kapitału zakładowego	
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

### F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu  
prowadzącego rejestr  
przedsiębiorstw

Siedziba sądu -  
miejscowość

Numer wydziału  
Gospodarczego  
Krajowego Rejestru  
Sądowego

NIP

REGON

Imię i nazwisko oraz  
funkcja osoby  
reprezentującej

---

### F4) SPÓŁKA CYWILNA Wspólnik 1:

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej  
działalności  
gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

NIP

REGON

Czy wspólnik  
reprezentuje spółkę

tak

nie

Wspólnik 2:

Imię	Nazwisko
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer PESEL	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON
Czy wspólnik reprezentuje spółkę	tak nie
Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej	

Adres siedziby spółki:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

---

## F5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego KRS	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	



---

**F6) INNA FORMA PRAWNA**

Inna forma prawna

---

**F7) GENERATOR UMOWY (wypełniane automatycznie)**

Treść komparycji