



ANKIETA - deklaracja przystąpienia do współpracy z Agencją

Elżbieta Krajewska

*Wydział Taryfikacji
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji*

Warszawa 04-05.07.2016

1. **CZĘŚĆ A** zawiera informacje o **podmiocie i przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego** realizującego świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne
2. **CZĘŚĆ B** zawiera informacje o rodzaju świadczeń gwarantowanych realizowanych przez **podmiot leczniczy** w roku 2016
3. **CZĘŚĆ C** zawiera informacje o **przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego**
4. **CZĘŚĆ D** zawiera informacje o szczegółowości gromadzonych danych w **przedsiębiorstwie** (część rankingująca)
5. **CZĘŚĆ E** deklaracja rodzaju umowy (odpłatna/nieodpłatna)
6. **CZĘŚĆ DANE DO UMOWY** jest elementem pomocniczy, ułatwiający przygotowanie Umowy. Po wybraniu z okna TYP DZIAŁALNOŚCI (lista rozwijana) formy organizacyjno - prawnej odpowiedniej dla Państwa podmiotu leczniczego należy uzupełnić dane a następnie za pomocą przycisku GENERUJ w polu F7 zostanie zapisana treść komparycji.

CZEŚĆ A – informacje charakteryzujące Podmiot i Przedsiębiorstwo



14 - BIEŻĄCA WSPÓŁPRACA Z AOTMIŁ W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE



A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa i adres podmiotu leczniczego

Imię i nazwisko osoby reprezentującej podmiot leczniczy

Numer księgi rejestrowej

Kod formy organizacyjno-prawnej (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

Jeżeli przedsiębiorstwo **NIE wykonuje** działalności leczniczej w rodzaju 1 – „stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne” prosimy nie wypełniać oraz nie przysyłać Ankiety ponieważ brak wskazanej działalności wyklucza udział w postępowaniu

RPWDL w części PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU LECZNICZEGO w Rubryce 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

CZEŚĆ A – informacje charakteryzujące Podmiot i Przedsiębiorstwo

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego zgodnie z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
2. Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które zgodnie z RPWDL wykonuje działalność leczniczą w rodzaju 1 – „stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne”
3. Kod pocztowy przedsiębiorstwa – identyfikuje grupę terytorialną
4. Kod świadczeniodawcy



Informacje Komunikaty Potencjał U

Świadczeniodawca

Identyfikator: Kod świadczeniodawcy

Nazwa: |

CZEŚĆ B – rodzaj świadczeń gwarantowanych realizowany przez podmiot leczniczy



jeżeli realizują Państwo, dany rodzaj świadczenia proszę zaznaczyć pole wyboru. Nie zaznaczenie pola wyboru jest równoznaczne z udzieleniem odpowiedzi „NIE”. W przypadku podjęcia decyzji, że dla wskazanego rodzaju umowy prześlą Państwo dane w pliku FK proszę w kolumnie Deklaracja przekazania danych w pliku FK zaznaczyć pole wyboru. Nie zaznaczenie pola wyboru jest równoznaczne z udzieleniem odpowiedzi „NIE”

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

	Realizacja rodzaju umowy z NFZ	Deklaracja przekazania danych w pliku FK
01 Podstawowa opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01 Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ASDK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Leczenie szpitalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZEŚĆ C – informacje kwalifikujące przedsiębiorstwo



I. Ocena wielkości szpitala

C.1. Liczba komórek organizacyjnych (Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) 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 2016 r.

C.3. Liczba zrealizowanych 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 leczenia szpitalne w 2015 r.

II. Ocena szczegółowość przekazywanych danych

C.2. Liczba wszystkich komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym, z których zostaną przekazane dane do Agencji (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)) oraz realizujących świadczenia w rodzaju leczenia szpitalne w 2016 r.

CZEŚĆ C – informacje kwalifikujące przedsiębiorstwo



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

C.1. Liczba komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym 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 leczenia szpitalne w 2015 r.:

C.2. Liczba wszystkich przekazane dane do

C.1. i C.2.

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZYCH I TARYFIKACJI
Ankieta 14 - Bieżąca współpraca z AOTM

przyjęto definicję komórki organizacyjnej będącą oddziałem szpitalnym jako pojedynczą komórkę wpisaną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą posiadającą kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego z części „4.Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej”

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 leczenia szpitalne w 2015 r.:

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

CZEŚĆ D – rankingująca

1. **Pytania od D.1. do D.4.** dostarczają informacji o szczegółowości procesu leczenia w szpitalu i wiąże się z przygotowaniem i przekazaniem Agencji w wymaganym układzie plików **PL.csv**, **WM.csv**, **PR.csv**, **PR_HR.csv**,
2. **Pytanie D.5.** dostarczają informacji o koszcie jednostkowym procedury medycznej i wiąże się z przygotowaniem i przekazaniem Agencji w wymaganym układzie pliku **CP.csv**
3. **Pytanie D.6.** dostarczają informacji o szczegółowości prowadzonego obrotu magazynowo-aptecznego i wiąże się z przygotowaniem i przekazaniem Agencji w wymaganym układzie pliku **OM.csv**
4. **Pytania od D.7. do D.8.** dostarczają informacji o wybranych danych statystycznych i zasobach kadrowych w ujęciu finansowo – księgowym i wymaga przygotowania i przekazania Agencji w wymaganym układzie pliku **FK.xls**

CZEŚĆ D – rankingująca

„przypisanie do pojedynczego pacjenta” oznacza, że będziecie Państwo w stanie przygotować i przekazać Agencji plik „PL.csv” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi dla każdego pacjenta

W polu UWAGI - prosimy o zamieszczenie informacji przypadku kiedy **nie wszystkie** produkty lecznicze, wyroby medyczne lub procedury medyczne przypisane są do pacjentów.

D) INFORMACJA O SZCZEGÓŁOWOŚCI GROMADZENIA PRZEZ PODMIOT LECZNICZEGO, DANYCH KOSZTOWYCH W RODZAJU ZAKŁADZENIE SZPITALNE dla wszystkich komórek wskazanych w pkt. C.2.

D.1. Do jakiego procentu pacjentów mają Państwo przypisane w systemie elektronicznym produkty lecznicze? (Liczba całkowita od 0 do 100)

Uwagi:



Ankieta skierowana jest do Szpitali - przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9). Ankieta wypełniana jest dla każdego przedsiębiorstwa oddzielnie

Termin przesłania Ankiety **do dnia 15 lipca 2016 roku.**

Ankieta będzie potraktowana jako złożona w terminie, jeżeli data wpłynięcia do Agencji nie jest późniejsza niż ww. termin składania Ankiet (niezależnie od drogi przesłania: pocztowej czy elektronicznej)

Prosimy o uważne czytanie instrukcji zawartych w „dymkach” w poszczególnych polach Ankiety



Dane kontaktowe

Wydział Taryfikacji sekretariat - 22 56 67 271

Informacje dotyczące prowadzonych w Agencji Postępowań:

Magdalena Rybak, Elżbieta Krajewska, tel. 22 56 67 286

Informacje dotyczące umów zawieranych z Podmiotami:

Bartłomiej Wrzosek tel. 22 56 67 283

Informacje dotyczące sprawozdawanych plików (pliki szczegółowe np. PL, WM, PR, OM, CP) :

Jacek Przepióra, Karol Kaufman tel. 22 22 56 67 288

Informacje szczegółowe dotyczące plików FK:

Małgorzata Olak, Joanna Zbylut, tel. 22 56 67 280

Informacje dotyczące rozliczeń, oświadczeń

Anna Jaškowiak, Barbara Murzynowska, tel. 22 56 67 291

Współpraca w zakresie standardu rachunku kosztów

Wioleta Baran tel. 22 56 67 271, Anna Jaškowiak tel. 22 56 67 291

Informacje dotyczące kart kosztowych tel. 22 56 67 271

komunikacji drogą mailową:

Informacje ogólne, dotyczące prowadzonych postępowań taryfikacja@aotm.gov Informacje dotyczące rozliczeń oraz standardu rachunku kosztów rachunki@aotm.gov.pl Skany umów z Podmiotami dws@aotm.gov.pl Uwagi do projektów taryf taryfa.uwagi@aotm.gov.pl



Dziękuję za uwagę