

ZARZĄDZENIE Nr 9/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 7 marca 2018 r.

w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego scharakteryzowane kodem ICD-9: 54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC).

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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.


§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy zostali wezwani do udostępnienia danych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego scharakteryzowane kodem ICD-9: „54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)” stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia Prezesa

Dyrektor
Biura Prezesa

Katarzyna Jagodzińska - Kalinowska

Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe)

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji świadczenia.

Przekazać należy informacje dotyczące kosztów leczenia każdego pojedynczego pacjenta.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- W przypadku świadczeń zabiegowych – produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP w połączeniu z procedurą ICD-9 zgodnie z charakterystyką danej grupy.

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami pod tabelami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości oraz pytań.

Prosimy:

- nie dokonywać żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmieniać formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- nie dodawać kolejnych zakładek (arkuszy).

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania jakiegokolwiek elementy (zasoby). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy „nie dotyczy”.

Ważne jest, aby przekazać dane odnośnie wszystkich pacjentów, którym wykonano zabieg cytoredukcji wraz z procedurą HIPEC. Informacje o wszystkich pacjentach, dla których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego z pacjentów.

Wpisać należy informacje o wszystkich elementach składających się na zrealizowane świadczenie, w tym wizytach kontrolnych pohospitalizacyjnych, których koszt powinien być zawarty w wycenie JGP. W przypadku powtórnych hospitalizacji w czasie krótszym niż 14 dni, które nie zostały rozliczone z NFZ jako odrębne świadczenia, informacje o ich składowych powinny znaleźć się zarówno w zakładce z ogólnymi danymi jak również w zakładkach szczegółowych, jeżeli poniesiono koszty związane z wykonywaniem procedur, podaniem leków oraz wykorzystaniem wyrobów medycznych. Analogicznie postąpić należy w przypadku wykonania więcej niż jednej procedury HIPEC.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<kod_świadczeniodawcy>.XLS

gdzie:

<kod_świadczeniodawcy> – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ.

W kolumnie "Etap świadczenia" przy każdej pozycji/rekordzie należy wskazać na którym etapie realizacji świadczenia został poniesiony koszt. Lista z możliwymi wariantami do wyboru, które należy stosować w arkuszu znajduje się poniżej.

skrót	wyjaśnienie
HOSP	dane dotyczące hospitalizacji związanej z zabiegiem HIPEC
HOSP_rehospitalizacja	dane dotyczące z rehospitalizacją do 15 dni
HOSP_1c	dane dotyczące produktów z katalogu 1c

Należy pamiętać, żeby sprawozdać wszystkie koszty dotyczące procedury HIPEC dla danego pacjenta, gdy były jakieś powikłania i konieczna była ponowna hospitalizacja i operacja, ruch pacjenta między oddziałami (np. sala pooperacyjna), katalog 1c i inne. Wszystkie koszty są bowiem bardzo istotne z punktu widzenia wyceny.

I. ZAKŁADKA „DANE O HOSPITALIZACJI”

- Informacje na temat każdego pacjenta, któremu udzielono przedmiotowego świadczenia, powinny zostać wpisane w odrębnym wierszu. W jednej karcie powinny znaleźć się informacje o wszystkich pacjentach.
- W przypadku, kiedy w trakcie jednej hospitalizacji pacjent przebywał na kilku oddziałach (w tym na oddziale pooperacyjnym), informacje o pobycie w każdym z oddziałów należy wpisać w odrębnym wierszu (kolumny od j do r). Dotyczy to również powtórnych hospitalizacji w czasie krótszym niż 14 dni, które nie zostały rozliczone z NFZ jako odrębne świadczenia.
- W przypadku, gdy w trakcie jednej hospitalizacji pacjent miał wykonaną więcej niż jedną procedurę HIPEC, dane dotyczące każdej z procedur należy wpisać w osobnym wierszu (kolumny od s do am). Dotyczy to również powtórnych hospitalizacji w czasie krótszym niż 14 dni, które nie zostały rozliczone z NFZ jako odrębne świadczenia.
- W przypadku szacowania kosztu osobodnia opartego na innej metodyce niż wskazana w karcie (kolumna n), należy w kolumnie UWAGI, krótko opisać własną metodykę.
- Czas pobytu pacjenta na sali powinien obejmować również czas jego przygotowania do zabiegu, nawet jeżeli odbywa się to poza salą operacyjną.
- Kolumna j, k – czas pobytu, należy obliczyć odejmując datę wypisu od daty przyjęcia.
- Wynagrodzenie personelu – w przypadku innego rodzaju rozliczenia z personelem niż podane w karcie (za zabieg), prosimy podać przybliżone oszacowanie wynagrodzenia za zabieg, a w kolumnie UWAGI zaznaczyć, w jaki sposób wynagrodzenia są rzeczywiście rozliczane. Na przykład kiedy lekarz wystawia fakturę na ogólną kwotę, należy podzielić ją przez liczbę wykonanych zbiegów w okresie jakiego dotyczy dana faktura.

Informacje ogólne

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu jednostkowego	Kod ICD-9 procedury wiodącej (jeśli dotyczy)	Rozpoznanie główne (kod ICD-10)	Rozpoznania współistniejące (po przecinku jeśli więcej niż jedno, kod ICD-10)	Numer OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy (pełna)	Kod świadczeniodawcy
LEGENDA	Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego braku może być to seria i numer dowodu osobistego, paszportu, pesel obcokrajowcy.	Kod produktu sprawozdanego w ramach umowy z NFZ. Jest to kod w formacie X-XX.XX.XXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ).	Np.: 54.971, 84.21, 84.22, 84.23, 84.24					Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ.
a	b	c	d	e	f	g	h	i
1								
2								

Informacje o hospitalizacji										
Data przyjęcia	Data wypisu	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zł]	Liczba dni pobytu na oddziale	łączny koszt - leki	łączny koszt - wyroby medyczne	łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych realizowanych w pracowni zabiegowej albo na bloku operacyjnym, stanowiących podstawę rozliczenia świadczenia - w przypadku grup zabiegowych)		
Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25	Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25	Kod charakterystyczny specjalności komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (np. 4500) analogiczny z plikiem FK	W przypadku pobytu w trakcie hospitalizacji na kilku oddziałach należy informację o pobycie na każdym z oddziałów przedstawić w osobnym wierszu	Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 lub 2017 roku, Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych, kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: koszty całkowite oddziału (bezpśrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) minus koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta, minus koszty procedur medycznych [zewnętrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne]) podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni na oddziale.	obliczona jako różnica między datą wypisu z oddziału a datą przyjęcia na oddział		łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c. Koszty te nie powinny być ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako wartość dla całej hospitalizacji (nie na osobodzień!). Koszt procedur powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (nie należy doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły, opieka pielęgniarki).			
j	k	l	m	n	o	p	q	r		

Czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej											
Czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej	Czas trwania zabiegu/operacji	Kod resortowy pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Nazwa pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Liczba lekarzy operatorów (w tym asystujących) biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie lekarzy operatorów za zabieg	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg	Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Koszt - leki (poza lekami anestetycznymi)	Koszt - wyroby medyczne (poza wyrobami do znieczulenia)	Koszt - procedury diagnostyczne
Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej od momentu wejścia do momentu wyjścia, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach, jako liczba całkowita.	Czas trwania zabiegu/operacji, przedstawiony w minutach jako liczba całkowita	Kod charakterystyczny komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, analogiczny z plikiem FK			Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy operatorzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymuje personel wskazany w kolumnie obok za wykonaną procedurę			
s	t	u	v	w	x	y	z	aa	ac	ad	ae

Informacje o znieczuleniu do procedury operacyjnej										
Rodzaj zastosowanego o znieczulenia	Liczba anesteziologów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie anesteziologów za zabieg	Liczba pielęgniarek anesteziologicznych biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarek anesteziologicznych za zabieg	Koszt - leki anesteziologiczne	Koszt - wyroby medyczne do znieczulenia	Albo: całościowy koszt znieczulenia do zabiegu	Łączny koszt realizacji świadczenia	Etap świadczenia	
										af
		Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy anesteziolodzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Liczba pielęgniarek anesteziologicznych biorących udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Łączny koszt przypadający na znieczulenie [PLN]		W przypadku braku możliwości określenia kosztów poszczególnych elementów składających się na znieczulenie dopuszczalne jest podanie kosztu znieczulenia całościowej usługi	w polu automatycznie zliczany będzie koszt wszystkich elementów składających się na koszt świadczenia		UWAG I

Zakładki PL, WM i PR:

- Szczegółowo należy sprawozdać wszystkie pozycje kosztochłonne, natomiast wszystkie inne drobne leki, wyroby medyczne można podsumować w jednym wierszu, pamiętając o tym, żeby łączny koszt w takim przypadku wpisać w kolumnę UWAGI.
- Jeżeli nie są Państwo w stanie podać szczegółowych informacji o lekach oraz wyrobach medycznych zużytych w trakcie hospitalizacji na oddziale to w odpowiednich zakładkach (PL oraz WM) należy umieścić pozycję „Pozostałe leki/ wyroby medyczne zużyte w trakcie hospitalizacji na oddziale” a w kolumnie UWAGI podać łączny koszt zużytych leków lub wpisać BRAK DANYCH, w sytuacji gdy nie posiadacie Państwo informacji o łącznym koszcie zużytych leków lub wyrobów medycznych. Podobne rozwiązanie można zastosować w przypadku niskokosztowych leków oraz wyrobów medycznych zużytych w trakcie zabiegu, umieszczając w odpowiednich zakładkach informację „Pozostałe leki, wyroby medyczne zużyte w trakcie zabiegu” i podając ich łączną wartość lub informację BRAK.
- Jeżeli miała miejsce reoperacja to w zakładkach PL, WM oraz PR należy wprowadzić wszystkie istotne kosztowo pozycje dla reoperacji tak samo jak dla operacji.
- W zakładce PR, w przypadku procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych ich koszt należy podać z cennika wewnętrznego/ własnego świadczeniodawcy, natomiast dla procedur zabiegowych powinien to być koszt obliczony przez świadczeniodawcę zgodnie z przyjętą u danego świadczeniodawcy metodą (koszt normatywny, karty technologiczne, inne).

Produkty lecznicze podane w czasie udzielania świadczenia; prosimy o wpisanie WSZYSTKICH produktów leczniczych podanych pacjentowi, zarówno podczas hospitalizacji, jak i zabiegu operacyjnego (w tym znieczulenia)

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np. 5.53.01.0001435)	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji (dotyczy tylko grup zabiegowych)		Pełna nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa (OPCJONALNIE)*	Jednostka miary	Cena jednostki miary [PLN]	łączna liczba jednostek miary pacjentowi (w przypadku gdy nie zużyto całości leku [np. ampułki/worka], a pozostałości zostały wyrzucone, należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego).	UWAGI	Etap świadczenia
			Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9							
a	b	c	e	f	g	h	i	j	k	l	m
1					Fentanyl roztw. do wstrz. (500 µg/10 ml)	Fentanyl**	amp	3,40	7		
2					Polocard tabl. powł. dojelit. (75 mg)	Acidum acetylsalicylicum	tabletki	0,23	4		

* Kolumna G nie jest wymagana

** Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawozdanych leków - na czerwono

Wyroby medyczne zużyte w czasie udzielania świadczenia; prosimy o wpisanie WSZYSTKICH wyrobów medycznych zużytych na rzecz pacjenta, zarówno podczas hospitalizacji, jak i zabiegu operacyjnego (w tym znieczulenia)

Lp	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np. 5.53.01.00014 35)	Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (na fakturę, zestaw do dootrzewnownowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (HIPEC))	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji (dotyczy tylko grup zabiegowych)		Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego*	1 - jednorazowe go użytku 2 - wielorazowego o użytku [^]	Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze)	Opis umożliwiający identyfikację**	Cena jednostkowa***	Liczba jednostek wykorzystanych na rzecz pacjenta	Uwagi	Etap świadczenia
				Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9								
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
1						np. Układ oddechowy do respiratora transportowego	1	komplet	Nazwa handlowa [®] , typ, producent, rodzaj, rozmiar				
2						np. Zestaw do drenażu optycznej	1	zestaw	Nazwa handlowa [®] , typ, producent, rodzaj, rozmiar				

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawozdanych wyrobów

** Prosimy o takie scharakteryzowanie wyrobu, żeby można go było łatwo zidentyfikować

*** Należy podać cenę jednostki wskazanej w kolumnie l

[^] jeżeli wyrób jest jednorazowego użytku proszę wpisać 1, jeżeli wielorazowego użytku proszę wpisać 2; w przypadku wyrobów wielorazowego użytku proszę w polu UWAGI wpisać na ilu pacjentów przypada zużycie jednego wyrobu

Prosimy o podanie WSZYSTKICH procedur wykonanych w czasie udzielania świadczenia

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np. 5.53.01.0001.435)	Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Wyrob medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (na fakturę, zestaw do dootrzewnowowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (HIPEC))	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji (dotyczy tylko grup zabiegowych)	Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji						Dodatkowe procedury zabiegowe i operacyjne wykonane w trakcie hospitalizacji						Etap świadczenia
					Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Liczba wykonanych na rzecz pacjenta	Uwagi	Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Liczba wykonanych na rzecz pacjenta	Uwagi			
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	
1																	
2																	