

ZARZĄDZENIE Nr 40/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 26. czerwca 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 obejmującego zabiegi w zakresie kończyn i miednicy rozliczone w ramach JGP: H31E-H33 oraz H41-H43 (karta kosztorysowa).

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, 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 obejmującego zabiegi w zakresie kończyn i miednicy rozliczone w ramach JGP: H31E - H33 oraz H41- H43 (karta kosztorysowa) stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

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

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji poszczególnych świadczeń. 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 i 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 w danym świadczeniu.

Informacje o wszystkich pacjentach, dla których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego z pacjentów.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<kod świadczeniodawcy>

gdzie:

<kod świadczeniodawcy> – jest numerem nadanym przez odpowiedni OW NFZ.

I. GRUPY ZABIEGOWE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP).

Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę poszczególnych składowych kosztu realizacji danego świadczenia.

Poszczególne kategorie kosztów obliczyć należy zgodnie z instrukcjami znajdującymi się w nagłówkach tabeli.

Ważne: W przypadku, gdy pacjent w trakcie hospitalizacji przebywał na kilku oddziałach, informacje o liczbie dni pobytu, koszcie osobodnia oraz obciążeniu należy wpisać w osobnym wierszu odrębnie dla każdego oddziału.

Informacje ogólne									
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu jednostkowego	Kod ICD-9 procedury	Rozpoznanie główne (kod ICD-10)	Data wykonania procedury	Numer OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy (pełna)	Kod świadczeniodawcy	i
LEGENDA	Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego może być to seria i numer dowodu osobistego, pesel paszportu, pesel obcokrajowcy.	Kod produktu sprawozdanego w ramach umowy z NFZ. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ).	Kod ICD-9 procedury	Rozpoznanie główne (kod ICD-10)	(data wykonania procedury wskazanej w kolumnie d w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2017-01-25)	Numer OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy (pełna)	Kod świadczeniodawcy	i

Hospitalizacja, w tym:									
Data przyjęcia	Data wypisu	Czas trwania hospitalizacji (w dniach)	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zł]	Obciążenie oddziału [%]	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)
j	k	l	m	n	o	p	q	r	s
Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25	Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25	Wylizyc należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod charakteryzujący specyfność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (np. 4500) analogiczny z plikiem FK	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2017 roku, Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych, kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta , wyliczony zgodnie z następującym wzorem: koszty całkowite oddziału (bezpośrednie 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.	Średnioroczne obciążenie oddziału w 2017 roku, liczone wyłączenie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego kodu produktu) - obliczone jako iloraz zrealizowanych osobodni i liczby łóżek	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)
					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).				

Procedura zabiegowa, w tym:										
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 anesteziologów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie anesteziologów za zabieg	Liczba pielęgniarów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarów za zabieg	Liczba pielęgniarów anesteziologicznych biorących udział w zabiegu
t	u	v	w	x	y	z	aa	ab	ac	ab
Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej od momentu wejścia do momentu wyjścia, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiany w minutach jako liczba całkowita.	Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiany w minutach jako liczba całkowita	Kod charakterystyczny specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, analogiczny z plikiem FK	Nazwa pracowni/ bloku/ sali operacyjnej	Liczba lekarzy operatorów (w tym asystujących) biorących udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy operatorzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Liczba anesteziologów biorących udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy anesteziolodzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Liczba pielęgniarów biorących udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Liczba pielęgniarów anesteziologicznych biorących udział w zabiegu

Średnie wynagrodzenie pielęgniarów za zabieg	Średnie wynagrodzenie pielęgniarek anesteziologicznych za zabieg	Pozostały personel medyczny biorący udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Koszt - leki (łącznie z lekami anesteziologicznymi)	Koszt - wyroby medyczne (łącznie z wyrobami do znieczulenia)	Koszt - procedury diagnostyczne	Łączny koszt realizacji świadczenia
ac	ae	af	ag	ah	ai	aj	ak
Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Pozostały personel medyczny biorący udział w zabiegu	Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymuje personel wskazany w kolumnie obok za wykonaną procedurę	Łączny koszt przypadający na jedną procedurę zabiegową [PLN]	Rodzaj zastosowanego znieczulenia	Suma wszystkich kategorii kosztów - personelu, leków, wyrobów medycznych, procedur, infrastruktury oraz osobadnia; koszty osobadnia należy przemnożyć przez liczbę dni pobytu	

II. PL

W zakładce PL, wskazać należy informacje o rodzaju oraz liczbie wszystkich produktów leczniczych zastosowanych w realizacji danego świadczenia u danego pacjenta. Każdy z produktów leczniczych wpisanych należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie b wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane. W przypadku wykonania kilku kosztownych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych produktów leczniczych przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach.
Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np.5.51.01.0008032)	Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy)	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji		Pełna nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa*	Jednostka miary	Cena jednostki miary [PLN]	Łączna liczba jednostek miary podanych pacjentowi (w przypadku gdy nie zużyto całości leku [np. ampułki/worka], a pozostałości zostały wyrzucone, należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego).
				Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9					
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
1						Fentanyl roztw. do wstrz.(500 µg/10 ml)	Fentanylum	amp	3,40	7
2						Polocard tabl. powł. dojelit.(75 mg)	Acidum acetylsalicylicum	tabletki	0,23	4
3						Polocard tabl. powł. dojelit.(75 mg)	Acidum acetylsalicylicum	opakowanie (30 tabletek)	6,94	0,13

W zakładce tej wskazać należy informacje o rodzaju i liczbie wszystkich wyrobów medycznych zastosowanych w realizacji danego świadczenia u pacjenta. W przypadku wykonania kilku kosztochłonnych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. lub operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych wyrobów medycznych przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach. Każdy z wyrobów medycznych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie b wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

Na czerwono zaznaczono przykłady prawidłowego wpisania wyrobów medycznych w tabeli.

Lp	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np. 5.51.01.00080 41)	Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy)	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji		Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego*	1 - jednorazowe go użytku 2 - wielorazowe go użytku [^]	Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze)	Opis umożliwiający identyfikację**	Cena jednostkowa**	Liczba jednostek wykorzystanych na rzecz pacjenta	Uwagi
				Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9							
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
1						np. Układ oddechowy do respiratora transportowego	1	komplet	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar			
2						np. Zestaw do drenażu opłucnej	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar			
3						np. proteza trzonu kręgu	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar			

IV. PR

W zakładce tej wskazać należy informacje o procedurach diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych), rehabilitacyjnych oraz konsultacjach specjalistycznych (np. lekarskich, dietetycznych) wykonanych w realizacji danego świadczenia u pacjenta. W przypadku wykonania kilku kosztochłonnych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych procedur przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach. Każdą z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie b wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczy dane.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego (np. 5.51.01.0008041)	Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy)	Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji		Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji				
				Kod -procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9	Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Liczba procedur wykonanych na rzecz pacjenta	Uwagi
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
1						88.777	USG naczyń kończyn dolnych	140	2	
2						C53	Morfologia krwi	2	10	
3						93.2204	Pionizacja i nauka chodzenia	10	10	

