

ZARZĄDZENIE Nr 10/2021

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 2 kwietnia 2021 r.

w sprawie wytycznych odnośnie sposobu przygotowywania i udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej w formie karty organizacji i realizacji świadczeń w ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny

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 2020 r., poz. 1398 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, stanowiące **Załącznik** do zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry
/dokument podpisany elektronicznie/

WYTYCZNE AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI ODNOŚNIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA
DANYCH DOTYCZĄCYCH ORGANIZACJI I REALIZACJI ŚWIADZEŃ W OŚRODKU ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI
PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - I POZIOM REFERENCYJNY

Udostępnione przez świadczeniodawców dane posłużą zebraniu informacji na temat zaangażowania personelu w poszczególne działania prowadzone przez Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny. Przez działania rozumie się nie tylko udzielanie świadczeń, ale także koordynację opieki nad pacjentem pomiędzy różnymi instytucjami, pracę z dokumentacją medyczną, supervizję, dojazdy do środowiska pacjenta itp.

W oparciu o udostępnione przez świadczeniodawców dane zostaną przeprowadzone analizy mające na celu ustalenie optymalnej liczby świadczeń jaką może miesięcznie zrealizować zespół zatrudniony w Ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, mając na względzie faktyczne możliwości personelu przy zachowaniu najwyższej jakości udzielania świadczeń. Z tego względu niezwykle istotne jest nie tylko przekazanie informacji o faktycznym zaangażowaniu zasobów, ale także o tym jakie powinno być, a nie jest ze względów ekonomicznych lub z innych przyczyn. Istotne jest również zebranie informacji na temat barier związanych rozpoczęciem działalności.

Gromadzeniu wszelkich dodatkowych informacji służą pola, o nazwie "Uwagi", które pojawiają się w poszczególnych zakładkach.

Ileokroć pojawia się prośba o wypełnienie danych dotyczących Ośrodka, należy przez to rozumieć OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY – I poziom referencyjny zdefiniowany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz 1285 z późn. zm.). Będzie to zatem poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży w ramach I poziomu referencyjnego posiadająca zakontraktowany zakres udzielania świadczeń: Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny.

Prosimy nie modyfikować struktury poszczególnych tabel - wszelkie modyfikacje mogą skutkować niezaczytaniem danych przez narzędzie analityczne. Tabele muszą zawierać wszystkie kolumny w formacie i kolejności określonej w niniejszym dokumencie.

Karta (poza zakładką Instrukcja i definicje) składa się z 6 zakładek:

- 2_Dane świadczeniodawcy,
- 3_Harmonogram,
- 4_Personel,
- 5_Koordinacja,
- 6_Świadczenia,
- 7_Wskaźniki jakościowe.

We wszystkich polach oznaczonych kolorem żółtym w zakładkach od 2_Dane świadczeniodawcy do 7_Wskaźniki jakościowe należy przekazać określoną wartość – nie można przekazać pustej zawartości pola. W pytaniach, które nie są realizowane przez Państwa Ośrodek prosimy o wpisanie skrótu „nd”. (nie dotyczy). W przypadku pola „UWAGI” wartość komórki może pozostać pusta.

Warunkuje to poprawność przygotowania i udostępnienia danych.

Zakładka Dane świadczeniodawcy

Zawiera informacje ogólne o podmiocie leczniczym, z którego przekazane zostaną dane wraz z danymi kontaktowymi osoby, z którą będą kontaktowali się analitycy Wydziału Taryfikacji w sprawach związanych z weryfikacją udostępnionych danych.

W polu kod świadczeniodawcy prosimy o wpisanie Państwa identyfikatora świadczeniodawcy np.

- w mazowieckim oddziale NFZ jest to numer zaczynający się od 7XXXXXXXX
- w śląskim oddziale NFZ jest to numer zaczynający się od 121/XXXXXX; 126/XXXXXX
- w podkarpackim oddziale NFZ jest to numer zaczynający się od 09R/XXXXXX.

Dane świadczeniodawcy

Nazwa podmiotu leczniczego:	
Kod świadczeniodawcy:	
Nazwa Ośrodka:	
Regon podmiotu leczniczego	

Proszę podać datę rozpoczęcia działalności na podstawie umowy z NFZ w zakresie <i>Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny</i> (Kod zakresu świadczeń: 04.9901.400.03)	
--	--

Proszę podać liczbę miesięcy funkcjonowania Ośrodka (od momentu zawarcia umowy z NFZ do końca 2020 r.)	
Uwagi dotyczące funkcjonowania Ośrodka	

Dane osoby dedykowanej do kontaktu

Imię i nazwisko:	
Stanowisko:	
Adres e-mail:	
Telefon:	

Zakładka Harmonogram

Wzór tabeli został opracowany na podstawie Załącznika nr 2 do umowy zawartej z NFZ i należy uzupełnić informacje o aktualnej pracy Ośrodka przez cały okres realizacji umowy z NFZ we wskazanym okresie.

II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status*

* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U – usunięto

Zakładka Personel

Należy uzupełnić informacje o poszczególnych grupach personelu medycznego bezpośrednio zaangażowanego w udzielanie świadczeń wraz z ich czasem zaangażowania. Przez rzeczywisty czas zaangażowania w realizację świadczenia należy rozumieć jako czas faktycznego udzielania świadczenia, poza czasem przeznaczonym na: prace z dokumentacją, koordynację itp.

W przypadku pozostałego personelu (medycznego i niemedycznego) należy uzupełnić informację o czasie zaangażowania w organizację pracy Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny

Proszę wymienić poszczególne grupy personelu zaangażowane w udzielanie świadczeń wraz z czasem ich zaangażowania w poszczególne czynności. Przez rzeczywisty czas zaangażowania w realizację świadczenia należy rozumieć czas faktycznego udzielania świadczenia, poza czasem przeznaczonym na: prace z dokumentacją, koordynacją itp.

1	Grupa personelu	Liczba personelu udzielającego świadczeń	Wymiar czasu pracy personelu łącznie (godz./miesiąc)*	Rzeczywisty czas zaangażowania w realizację świadczeń łącznie (godz./miesiąc)	Czas pracy z dokumentacją łącznie (godz./miesiąc)	Czas pracy poświęcony na koordynację łącznie (godz./miesiąc)	Czas pracy poświęcony na supervizję łącznie (godz./miesiąc)	Czas dojazdów do środowiska łącznie (godz./miesiąc)	Czas pracy poświęcony na pozostałe czynności łącznie (godz./miesiąc)	Uwagi
	psycholog									
	specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży									
	terapeuta środowiskowy									
	inne:									

Proszę wymienić pozostały personel (medyczny i niemedyczny) zatrudniony w Państwa jednostce organizacyjnej, który jest zaangażowany w organizację pracy Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny

2	Personel	Wymiar czasu pracy personelu (godz./miesiąc) poświęcony na rzecz Ośrodka I poziomu referencyjnego

Zakładka Koordynacja

Należy uzupełnić informację dla dwóch grup personelu:

1. zajmującego się koordynacją instytucjonalną (np. spotkania i nadzór nad realizacją umów ze szkołami, ośrodkami pomocy społecznej, itd.);
2. zajmującego się koordynacją opieki nad pacjentami.

Dane o wysokości wynagrodzenia/dodatku za koordynację należy podać w odniesieniu do 2020 roku.

KOORDYNACJA na poziomie instytucjonalnym (dotyczy zasad współpracy itp.)

Proszę uzupełnić tabelę - dotyczy wyłącznie personelu zajmującego się koordynacją instytucjonalną (np. spotkania i nadzór nad realizacją umów ze szkołami, ośrodkami pomocy społecznej, itd.)

1	Grupa personelu	Liczba personelu zajmującego się koordynacją	Wymiar czasu pracy 1 pracownika przeznaczony na koordynację (godz./miesiąc)*	Wysokość wynagrodzenia/dodatku dla 1 pracownika za zadania koordynacyjne (w PLN/miesiąc)*	Czy czas przeznaczony na koordynację jest wystarczający (jeśli "NIE" proszę wpisać ile powinien wynosić w przeliczeniu na 1 pracownika (godz./miesiąc))	Uwagi
	Kierownik placówki/zarząd					
	Specjalista (psycholog/ specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży/ terapeuta środowiskowy) włączony w ustalanie zasad koordynacji					
	Personel administracyjny					
	inne:					

3	Ile czasu zajęło Państwu nawiązanie współpracy z innymi instytucjami (w miesiącach)?	
4	Po jakim czasie od rozpoczęcia działalności stabilizuje się działalność Państwa Ośrodka (np. po jakim czasie są Państwo rozpoznawali w środowisku i osiągnęli względnie stałą miesięczną liczbę pacjentów)?	

KOORDYNACJA na poziomie indywidualnego pacjenta w związku z indywidualnym planem leczenia

5	Grupa personelu	Liczba personelu zajmującego się koordynacją	Liczba pacjentów, którzy wymagają sesji koordynacji wewnątrz zespołu	Wymiar czasu pracy 1 pracownika przeznaczony na koordynację (godz./miesiąc)*	Wysokość wynagrodzenia/dodatku za zadania koordynacyjne (w PLN/miesiąc)*	Czy czas przeznaczony na koordynację jest wystarczający (jeśli "NIE" proszę wpisać ile powinien wynosić w przeliczeniu na 1 pracownika (godz./miesiąc))	Uwagi
---	-----------------	--	--	--	--	---	-------

			lub ze specjalistami spoza zespołu				
	Koordinator pacjenta/ case manager (wypełnić, jeśli jest wydzielona funkcja koordynatora)						
	Psycholog						
	Specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży						
	Terapeuta środowiskowy						
	Rejestratorka medyczna						
	Personel administracyjny						
	inne:						

6	Czy koordinator realizuje swoje zadania na rzecz:	określonej populacji pacjentów na danym terenie (np. gmina) / pacjentów pod opieką Państwa placówki				
7	Proszę podać wielkość populacji osób niepełnoletnich z obszaru kontraktowania (powiat/dzielnica)					
8	Proszę podać liczbę pacjentów, którzy są objęci wsparciem Państwa placówki i pochodzą z obszaru realizacji kontraktu (powiat/dzielnica)					
9	Proszę podać liczbę jednostek organizacyjnych systemu oświaty, pomocy społecznej oraz z innych sektorów, z którymi podjęto współpracę lub jest prowadzona współpraca (ogółem)					
	Liczba placówek oświatowych	Liczba ośrodków pomocy społecznej	Liczba wydziałów sądu (zespoły kuratorskie)	Inne placówki	UWAGI	
10	Proszę o podanie liczby pacjentów, którym specjaliści Państwa ośrodka zalecali wizytę/konsultację u innych specjalistów (w okresie funkcjonowania jednostki organizacyjnej)					

	Do oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży	Na konsultację do lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży	Na Izbę Przyjęć (psychiatryczną lub SOR)	Do oddziałów psychiatrycznych stacjonarnych dla dzieci i młodzieży	Do POZ (lekarza pediatrii lub lekarza rodzinnego)	Do poradni specjalistycznej somatycznej (np. endokrynolog, itd.)
11	Proszę o podanie liczby pacjentów kierowanych do innych placówek (w okresie funkcjonowania placówki) w celu kontynuacji opieki					
	Do oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży	Do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	Do oddziałów psychiatrycznych stacjonarnych dla dzieci i młodzieży			

*jeśli wystąpiły różne formy zatrudnienia personelu (umowa zlecenie, kontrakt itd.), prosimy o przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagrodzenia na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat = 160 godz. miesięcznie

Zakładka Świadczenia

Należy uzupełnić informacje o świadczeniach we wskazanym okresie. Każde ze świadczeń zostało podzielone na kilka typów w oparciu o sprawozdawane do NFZ kody procedur wg klasyfikacji ICD-9PL. Słownik typów świadczenia został utworzony w oparciu o najczęściej sprawozdawane w danym świadczeniu procedury, po przyporządkowaniu nazw procedur do bardziej ogólnej kategorii. W ten sposób otrzymano następujące typy świadczeń:

- **ocena psychologiczna** (w oparciu o takie procedury jak: 94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione, itd.)
- **testy** (w oparciu o takie procedury jak: 94.01 Badanie testem inteligencji, 94.02 Badanie testem psychologicznym, 94.03 Badanie osobowości, itd.)
- **terapia** (w oparciu o takie procedury jak: 94.33 Terapia behawioralna, 94.35 Interwencja kryzysowa, 94.36 Psychoterapia w formie zabaw, 94.37 Psychoterapia integrująca, 94.38 Psychoterapia podtrzymująca, itd.)
- **porada** (w oparciu o takie procedury jak: 94.47 Porada lub wizyta z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, 94.49 Inne poradnictwo).
- Jeśli w Państwa opinii czas trwania poszczególnych świadczeń różni się w zależności od tego czy jest to ocena psychologiczna, testy, terapia lub porada, to prosimy o podanie informacji w rozbiciu na poszczególne typy świadczeń. Jeśli Państwa zdaniem została pominięta któraś z kategorii, to prosimy o wpisanie dodatkowej kategorii w komórce "Inne". Jeśli natomiast w Państwa opinii czas trwania świadczenia nie różni się w zależności od podejmowanych czynności, prosimy o wypełnienie odpowiednich komórek wyłącznie w wierszu z komórką "Inne".

L. p.	Pytanie	Odpowiedź	Uwagi						
1	Proszę podać liczbę pacjentów ogółem objętych leczeniem w ramach I poziomu referencyjnego opieki dla dzieci i młodzieży w 2020 roku								
2	Proszę podać liczbę pacjentów nieobjętych leczeniem po pierwszej wizycie w 2020 roku								
3	Proszę podać liczbę pacjentów zgłaszających się do Ośrodka spoza obszaru umożliwiającego prowadzenie oddziaływań środowiskowych								
4	Proszę podać liczbę pacjentów niezgadających się na propozycję objęcia dziecka opieką poradni I poziomu bliżej rejonu miejsca zamieszkania dziecka								
5	Proszę podać średnią liczbę pacjentów biorących udział w sesji psychoterapii grupowej								
6	Proszę wymienić świadczenia, w których powinny być zaangażowane dwie osoby w tym samym czasie, a ze względów ekonomicznych nie są np. terapia rodzinna, terapia grupowa, sesje wsparcia psychospołecznego.								
7	Proszę uzupełnić poniższą tabelę, zawierającą świadczenia realizowane w ramach I poziomu referencyjnego opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, pogrupowane według typu świadczenia. Jeśli nie da się podzielić świadczeń na typy, to proszę wpisać dane w wierszu "inne".								
Świadczenie	Nazwa świadczenia	Typ świadczenia	Liczba udzielonych świadczeń (w podziale na typ) w 2020 r.	Liczba świadczeń udzielonych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych z ogólnej liczby świadczeń z kolumny D	Liczba personelu realizującego świadczenie*	Średni czas trwania jednego kontaktu w odniesieniu do typu świadczenia (w minutach)**	Średnia liczba kontaktów pacjenta na świadczenie	Czy z Państwa praktyki zawodowej wynika, że pacjenci z określonych grup, np. wiekowych lub związanych z rozpoznaniem, wymagają innej liczby godzin pracy? (TAK/NIE) w przypadku odpowiedzi "TAK" proszę zdefiniować subpopulację i wypełnić table obok.	Uwagi
5.00.04.17910 01	<i>porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 01	<i>porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 01	<i>porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>	testy psychologiczne							
5.00.04.17910 01	<i>porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>	inne:							

5.00.04.17910 02	porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 02	porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 02	porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego	testy psychologiczne							
5.00.04.17910 02	porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 02	porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							
5.00.04.17910 03	sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 03	sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 03	sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 03	sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego	testy psychologiczne							
5.00.04.17910 03	sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							
5.00.04.17910 04	sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 04	sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 04	sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 04	sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							
5.00.04.17910 05	sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 05	sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 05	sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							

5.00.04.17910 06	sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 06	sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 06	sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 06	sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							
5.00.04.17910 07	wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego	porada psychologiczna							
5.00.04.17910 07	wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego	ocena psychologiczna							
5.00.04.17910 07	wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego	terapia							
5.00.04.17910 07	wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego	inne:							

* np. 1 psycholog realizuje poradę psychologiczną; 1 psycholog i 1 terapeuta środowiskowy realizują świadczenie środowiskowe - wpisujemy łącznie 2

** bez czasu dojazdu

Świadczenie	Nazwa świadczenia	Grupa (np.0-7 lat lub rozpoznanie):		Średni czas trwania jednego kontaktu w odniesieniu do typu świadczenia** (w minutach)	Średnia liczba kontaktów pacjenta na świadczenie
		Liczba udzielonych świadczeń (w podziale na typ) w analizowanym okresie	Liczba personelu realizującego świadczenie*		
5.00.04.1791001	porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego				
5.00.04.1791001	porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego				
5.00.04.1791001	porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego				

5.00.04.1791001	<i>porada psychologiczna diagnostyczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791002	<i>porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791002	<i>porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791002	<i>porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791002	<i>porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791002	<i>porada psychologiczna w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791003	<i>sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791003	<i>sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791003	<i>sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791003	<i>sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791003	<i>sesja psychoterapii indywidualnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791004	<i>sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791004	<i>sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791004	<i>sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791004	<i>sesja psychoterapii rodzinnej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791005	<i>sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791005	<i>sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791005	<i>sesja psychoterapii grupowej w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791006	<i>sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791006	<i>sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791006	<i>sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791006	<i>sesja wsparcia psychospołecznego w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791007	<i>wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791007	<i>wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791007	<i>wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego</i>				
5.00.04.1791007	<i>wizyta, porada domowa lub środowiskowa w ramach I poziomu referencyjnego</i>				

Zakładka Wskaźniki jakościowe

W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” na pytanie o gromadzenie danych statystycznych służących do analizy jakości udzielanych świadczeń, należy uzupełnić informacje o rodzaju gromadzonych danych, rodzaju wskaźników monitorujących jakość udzielonych świadczeń oraz o koszcie i czasie zaangażowania personelu w realizację zadań związanych z monitorowaniem jakości udzielanych świadczeń.

Wysokość wynagrodzenia/dodatku za monitorowanie jakości należy podać w odniesieniu do 2020 roku.

1	Czy gromadzą Państwo dane statystyczne na potrzeby analizy jakości udzielanych świadczeń dla pacjentów w ramach I poziomu referencyjnego opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży?	TAK/NIE			
2	Proszę o podanie rodzaju danych jakie Państwo gromadzą (np. liczba sesji koordynacji, liczba rezygnacji pacjentów ze świadczeń w trakcie opieki/terapii, liczba udzielanych świadczeń środowiskowych miesięcznie, rzeczywisty czas objęcia opieką pacjenta pierwszorazowego)				
3	Jakie wskaźniki jakościowe do udzielanych świadczeń wspomagają Państwa w zakresie monitorowania jakości udzielanych świadczeń?				
4	Proszę uzupełnić tabelę - dotyczy wyłącznie personelu zajmującego się gromadzeniem danych i analizą jakości udzielanych świadczeń				
	Grupa personelu	Liczba personelu	Wymiar czasu pracy 1 pracownika przeznaczony wyłącznie na gromadzenie i analizę danych jakościowych (godz./miesiąc)*	Wysokość wynagrodzenia/dodatku za realizację zadania (w PLN/miesiąc)*	Uwagi
5	Proszę wskazać inne pozycje kosztowe związane z realizacją zadań gromadzenia i analizy danych o jakości udzielanych świadczeń				