

ZARZĄDZENIE Nr 11/2021

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 udzielania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

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 UDZIELANIA ŚWIADZEŃ Z ZAKRESU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Udostępnione przez świadczeniodawców dane posłużą zabrani informacji na temat organizacji udzielania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Prośba kierowana jest przede wszystkim do świadczeniodawców, którzy chcieliby zawrzeć umowę z NFZ na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży w ramach poziomów: CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY – II poziom referencyjny lub OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ – III poziom referencyjny. Służy także zebraniu informacji na temat czasu poświęconego na koordynację opieki nad pacjentem oraz gromadzonych wskaźników jakościowych.

Karta (poza zakładką Instrukcja i definicje) składa się z 4 zakładek:

- 2_Dane świadczeniodawcy,
- 3_Struktura,
- 4_Koordynacja,
- 5_Wskaźniki jakościowe.

We wszystkich polach oznaczonych kolorem żółtym w zakładkach od 2_Dane świadczeniodawcy do 5_Wskaźniki jakościowe należy przekazać określoną wartość odpowiedzi – nie można przekazać pustej zawartości pola. W pytaniach, które nie są realizowane przez Państwa Ośrodek prosimy o wpisanie skrótu „nd”. (nie dotyczy). Warunkuje to poprawność przygotowania i udostępnienia danych. W przypadku pola „UWAGI” wartość komórki może pozostać pusta.

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/XXXXXXXX; 126/XXXXXXXX
- w podkarpackim oddziale NFZ jest to numer zaczynający się od 09R/XXXXXXXX.

Dane świadczeniodawcy

Nazwa podmiotu leczniczego:	
Kod świadczeniodawcy:	
Adres świadczeniodawcy:	
Regon podmiotu leczniczego:	

Dane osoby dedykowanej do kontaktu

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

Zakładka Struktura

Należy uzupełnić informacje o obecnej strukturze organizacyjnej oraz planowanych zmianach.

Czy posiadacie Państwo w swojej strukturze następujące komórki organizacyjne?	Liczba komórek organizacyjnych	Czy planujecie Państwo utworzyć daną komórkę organizacyjną?	Czy planujecie Państwo zmienić liczbę miejsc na oddziale?	Jeśli planujecie Państwo utworzyć oddział/ zmienić liczbę miejsc na oddziale, to proszę wpisać jaka jest planowana liczba miejsc?	Uwagi (np. konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu itp.)
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży		TAK/NIE	 	 	
Oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		TAK/NIE	TAK/NIE		
Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży		TAK/NIE	TAK/NIE		
Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		TAK/NIE	TAK/NIE		
Izba przyjęć w lokalizacji z osobnym działem przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy z osobnym działem przyjęć, lub osobny dział przyjęć		TAK/NIE	 	 	
Hostel		TAK/NIE	 	 	

Czy w czasie roku szkolnego udzielacie Państwo świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży w wariantach z realizacją obowiązku szkolnego na oddziale?	Odpowiedź	Uwagi
W ramach szkoły podstawowej	TAK/NIE	
W ramach szkoły ponadpodstawowej	TAK/NIE	
Czy spełniamie Państwo warunki szczególne (określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia Poz. 1641 z późn. zm.), jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów?	Odpowiedź	Uwagi
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY – II poziom referencyjny	TAK/NIE	
OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ – III poziom referencyjny	TAK/NIE	
Czy planujecie Państwo podpisać umowę z NFZ na realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów?	Odpowiedź	Uwagi
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY – II poziom referencyjny	TAK/NIE	
OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ – III poziom referencyjny	TAK/NIE	

Zakładka Koordynacja

W przypadku odpowiedzi "TAK" na pytanie o koordynację należy uzupełnić informacje 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.

W przypadku gdy realizują Państwo tylko koordynację opieki nad pacjentami należy w tabeli koordynacji na poziomie instytucjonalnym w pierwszym wierszu wpisać „nd”.

KOORDYNACJA

1	Czy Państwa personel zajmuje się koordynacją opieki nad pacjentem? W przypadku odpowiedzi "TAK" proszę o wypełnienie poniższych tabel.	TAK/NIE
---	--	---------

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.)

2	Komórka organizacyjna (można podać numer ośrodka powstawania kosztów przekazany w danych finansowo-księgowych)	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

KOORDYNACJA na poziomie indywidualnego pacjenta w związku z indywidualnym planem leczenia

Proszę uzupełnić tabelę - dotyczy wyłącznie personelu zajmującego się koordynacją opieki nad pacjentami

3	Komórka organizacyjna, której pracownicy zajmują się koordynacją (można podać numer ośrodka powstawania kosztów przekazany w danych finansowo-księgowych)	Grupa personelu	Liczba personelu zajmującego się koordynacją	Liczba pacjentów, którzy wymagają sesji koordynacji wewnątrz zespołu lub ze specjalistami spoza zespołu	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

4	Czy koordynator realizuje swoje zadania na rzecz:	określonej populacji pacjentów na danym terenie (np. gmina) / pacjentów pod opieką Państwa placówki					
5	Proszę podać liczbę jednostek organizacyjnych systemu oświaty, pomocy społecznej oraz z innych sektorów, z którymi podjęto współpracę lub jest prowadzona współpraca (ogółem)						
	Komórka organizacyjna (można podać numer ośrodka powstawania kosztów przekazany w danych finansowo-księgowych)	Liczba placówek oświatowych	Liczba ośrodków pomocy społecznej	Liczba wydziałów sądu (zespoły kuratorskie)	Inne placówki	UWAGI	

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

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					
	Komórka organizacyjna, której pracownicy realizują zadanie (można podać numer ośrodka powstawania kosztów przekazany w danych finansowo-księgowych)	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 dla 1 pracownika (w PLN/miesiąc)*	Uwagi
5	Proszę wskazać inne pozycje kosztowe związane z realizacją zadań gromadzenia i analizy danych o jakości udzielanych świadczeń (np. koszt licencji oprogramowania, itd.)					

*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