

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH DLA ŚWIADCZEŃ Z RADIOTERAPII

Formularz służy zebraniu informacji na temat średnich kosztów leczenia danego świadczenia, które określone zostało w zakładce "Dane ogólne".

Jako świadczenie rozumieć należy produkt rozliczeniowy wskazany w punkcie 2.2 łącznie z procedurą ICD-9 wskazaną w punkcie 2.3 tabeli 2 „Charakterystyka świadczenia opieki zdrowotnej” w zakładce „Dane ogólne”.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

Prosimy o:

- nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp. (możliwe jest jedynie powielanie wierszy),
- nie zmienianie formatu komórek,
- nie dodawanie kolejnych zakładek (arkuszy).

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>_<kod produktu>_<kod procedury>.XLS (*np. xxxxxxx_KK_5.07.01.0000011_92.247*)

gdzie:

<numer ankiety> – jest numerem nadanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<kod produktu> – jest kodem produktu świadczenia wskazanym w załączniku nr 1 do umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<kod procedury> – jest kodem procedury, której dotyczy karta kosztowa, zgodnie z klasyfikacją ICD-9

I. Dane ogólne:

1. Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.
2. Punkty 2.1, 2.2 i 2.3 - należy wpisać kod zakresu świadczeń, kod produktu jednostkowego oraz kod procedury (z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik 1d do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ), którego dotyczą dane karty.
3. Punkt 2.4 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze, w jakim wykonywana jest dana procedura, jeśli jest taka możliwość należy również podać liczbę pacjentów z danym rozpoznaniem. W przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam (dopuszczalne jest tu powielenie wierszy).
4. Punkt 2.5 - należy wpisać liczbę świadczeń, będących przedmiotem wyceny, rozliczonych z NFZ w 2015 roku.
5. Punkt 2.6 - należy wpisać sumaryczną liczbę świadczeń, będących przedmiotem wyceny, wykonanych w 2015 roku (łącznie z zabiegami komercyjnymi).
6. Punkt 2.7 - wpisać należy sumaryczną wartość refundacji NFZ uzyskaną w 2015 roku.
7. Punkt 2.8 - jeżeli do produktu podstawowego zwyczajowo/przeciętnie konieczne jest zrealizowanie dodatkowych świadczeń (odrębnych i do sumowania z załączników 1b i 1c do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ), należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej refundacji z NFZ.
8. Punkt 2.9 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dany przypadek.

II. PR1:

W zakładce tej należy podać informacje o rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów oraz ich kosztach w odniesieniu do etapu planowania radioterapii/ brachyterapii. Jeżeli u świadczeniodawcy funkcjonuje kilka pracowni, w których odbywa się planowanie, wszystkie dane należy podać dla wszystkich Ośrodków Powstawania Kosztów (pracowni/zakładów) powielając odpowiednie kolumny.

1. W tabeli 1 podać należy podstawowe informacje nt funkcjonowania pracowni, w których realizowany jest etap planowania leczenia, tj:
 - informacje dotyczące czasu pracy OPK-u, całkowitą liczbę świadczeń realizowanych w OPK-u (liczba pacjentów łącznie z pacjentami komercyjnymi), a także łączny roczny rzeczywisty czas realizacji świadczeń związanych z planowaniem radioterapii dla wszystkich świadczeń i dla przedmiotowego świadczenia/procedury. Jeżeli w pracowni jest kilka urządzeń, na których prowadzone jest planowanie radioterapii, w powyższych punktach należy uwzględnić sumę czasu pracy wszystkich aparatów. Ponadto należy podać liczbę stanowisk i systemów do planowania radioterapii a także wymienić świadczenia (kod procedury wg klasyfikacji ICD-9), których planowanie jest realizowane na systemach znajdujących się w Ośrodku Powstawania Kosztów.
2. Tabela 2 należy podać informacje na temat czasu planowania leczenia w ramach realizacji pojedynczego świadczenia. Jeżeli w danym świadczeniu alternatywnie stosuje się różne rodzaje planowania, dla każdego z nich należy podać średni czas trwania planowania (w formacie GG:MM). Dodatkowo przy każdym typie planowania należy wówczas podać częstość z jaką jest stosowany (liczba z zakresu 0-100 oznaczająca procent świadczeń).
3. W tabeli 3 należy wymienić środki trwałe zaangażowane w planowanie radioterapii (tj systemy planowania, symulatory, systemy unieruchomień...). Do każdego ze środków trwałych należy podać wartość początkową, informację nt dofinansowania zakupu, roczny koszt utrzymania (obejmujący amortyzację, opłaty serwisowe etc...), potencjalną oraz rzeczywistą liczbę użyć, a także liczbę użyć związanych z realizacją przedmiotowego świadczenia.

4. W tabeli 4 podać należy wszystkie kategorie personelu biorącego udział w procesie planowania radioterapii. W kolumnie D zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do Ośrodka Powstawania Kosztów, w którym realizowany jest proces planowania radioterapii.
5. W tabeli 5 wpisać podać należy wszystkie produkty lecznicze stosowane w związku z procesem planowania radioterapii. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.
Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10%.
6. W tabelach 6 i 7 wskazać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie stosowane są w procesie planowania radioterapii (np. maski). Jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).
7. W tabeli 8 należy wymienić wszelkie procedury laboratoryjne, badania obrazowe i inne procedury realizowane w związku z procedurą planowania radioterapii (w tym konsultacje zewnętrzne i transport medyczny). Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.

III. PR2:

W zakładce tej należy podać informacje o rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów oraz ich kosztach w odniesieniu do etapu napromieniania. Jeżeli u świadczeniodawcy funkcjonuje kilka pracowni, w których odbywa się etap napromieniania podczas realizacji przedmiotowego świadczenia, wszystkie dane należy podać dla wszystkich Ośrodków Powstawania Kosztów (pracowni/zakładów) powielając odpowiednie kolumny.

1. W tabeli 1 podać należy podstawowe informacje nt funkcjonowania pracowni, w których realizowany jest etap napromieniania, tj:
 - informacje dotyczące czasu pracy OPK-u, całkowitą liczbę świadczeń realizowanych w OPK-u (liczba pacjentów łącznie z pacjentami komercyjnymi), a także łączny roczny rzeczywisty czas realizacji świadczeń związanych z napromieniania dla wszystkich świadczeń i dla przedmiotowego świadczenia/procedury. Jeżeli w pracowni jest kilka akceleratorów/aparatów do brachyterapii, w powyższych punktach należy uwzględnić sumę czasu pracy wszystkich aparatów. Ponadto należy podać liczbę akceleratorów/aparatów do brachyterapii a także wymienić świadczenia (kod procedury wg klasyfikacji ICD-9), realizowanych na aparatach znajdujących się w Ośrodku Powstawania Kosztów.
2. W tabeli 2 podać należy informację o stosowanych rodzajach planowania (zgodnie z tabelą 1 w zakładce PR1), a także średniej liczbie frakcji napromieniania na jedno świadczenie, **średniej liczbie dni napromieniania** i średnim czasie zaangażowania aparatury w realizację pojedynczej frakcji. Jeżeli zwyczajowo stosuje się różną liczbę frakcji napromieniania, to należy również podać częstość występowania każdego z wariantów (przy czym jeśli rodzaj planowania jest jeden, nie ma konieczności wypełniania punktu 2.1).
3. W tabeli 3 należy podać informację o wszystkich aparatach będących na wyposażeniu Ośrodka Powstawania Kosztów, używanych w etapie napromieniania. Dla każdego z urządzeń podać należy wartość początkową, informację nt dofinansowania zakupu, roczny koszt eksploatacji, a także możliwą do realizacji (potencjalną) roczną liczbę frakcji, liczbę frakcji rzeczywiście realizowaną (całkowitą, dla WSZYSTKICH świadczeń realizowanych na tym aparacie) oraz roczną rzeczywistą liczbę frakcji dla przedmiotowego świadczenia. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości jest to wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.
4. W tabeli 4 podać należy wszystkie kategorie personelu biorącego udział w procesie napromieniania. W kolumnie D zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do ośrodka powstawania kosztów, w którym realizowane jest świadczenie.

5. W tabeli 5 wpisać podać należy wszystkie produkty lecznicze stosowane w związku z procesem napromieniania. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.
Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10%.
6. W tabelach 6 i 7 wskazać należy wszystkie wyroby medyczne, jakie stosowane są w procesie napromieniania. Jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/typów wyrobu to należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem w ostatniej kolumnie częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków).
7. W tabeli 8 należy wymienić wszelkie procedury laboratoryjne, badania obrazowe i inne procedury realizowane w związku z realizacją napromieniania. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys.

IV: Pozostałe koszty:

1. W tabeli 1 wskazać należy wszystkie inne kategorie kosztów mające wpływ na koszt świadczenia, które nie zostały ujęte w pozostałych zakładkach (np. koszt ochrony radiologicznej).
2. Punkt 2 dotyczy kosztów (osobowych i ewentualnych realizowanych procedur) ponoszonych w związku z kontrolą reakcji guza i oceną efektu leczenia dla świadczeń z zakresu teleradioterapii, a nie rozliczanych w innych produktach jednostkowych.