

ZARZĄDZENIE Nr 15/2019

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 3 kwietnia 2019 r.

w sprawie wytycznych odnośnie sposobu przygotowywania i udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie własnych kalkulacji kosztów świadczeń

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 2018, poz. 1510 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się wytyczne odnośnie sposobu przygotowywania i udostępnienia 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 w formie własnych kalkulacji kosztów świadczeń, stanowiące Załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Medry

WYTYCZNE AOTMiT ODNOŚNIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Koszt pojedynczego świadczenia stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty produktów leczniczych i jednorazowych wyrobów medycznych a także koszty procedur (przede wszystkim laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej) realizowanych w trakcie pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym,
2. w przypadku świadczeń zabiegowych dodatkowo koszty realizacji zabiegu operacyjnego albo diagnostyki zabiegowej, obejmujące koszty: zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znieczulenia, personelu realizującego procedurę, infrastruktury bloku operacyjnego,
3. koszty pobytu na oddziałach,
4. inne koszty (w tym koszty gotowości ośrodków).

Koszty pojedynczego świadczenia przedstawić należy w arkuszu „*Własna kalkulacja kosztów*”.
Poniżej przedstawiono przykładowy sposób jej wypełnienia.

Identyfikator świadczeniodawcy nadawany przez właściwy Oddział Wojewódzki NFZ (kod świadczeniodawcy)	121/000000
Charakterystyka świadczenia	
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia	1) koszty standardowego świadczenia (normatyw)
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	2018
Liczba hospitalizacji na podstawie, której sporządzono kalkulację kosztów	20
Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - oddział szpitalny, na którym jest realizowane świadczenie, rozliczane poniższym kodem produktu [jeśli świadczenie jest realizowane na kilku oddziałach i jest to łączna kalkulacja kosztów, należy kody resortowe podać po przecinku]	4500;4530;4910;4260
Kod produktu, z którego sprawozdawane (rozliczane) jest świadczenie	5.51.01.0011097
Jeśli dotyczy: kod procedury zabiegowej ICD-9 opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku)	55.690
Jeśli dotyczy: kod rozpoznania głównego ICD-10	N18.0

Pozycja kosztów	Wartość
Pobyt (koszt osobodnia x liczba dni pobytu)	13 767,00 zł
Koszt produktów leczniczych w trakcie hospitalizacji	25,70 zł
Koszt wyrobów medycznych w trakcie hospitalizacji	w koszcie osobodnia
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych w trakcie hospitalizacji	605,00 zł
Koszt zabiegu operacyjnego lub diagnostyki zabiegowej, w tym:	2 849,13 zł
Koszt produktów leczniczych	2,51 zł
Koszt wyrobów medycznych	22,53 zł
Koszt infrastruktury (bloku operacyjnego/ sali zabiegowej)	555,00 zł
Koszty osobowe	2 222,00 zł
Koszt znieczulenia	47,09 zł
Inne koszty	-zł
RAZEM KOSZTY	17 246,83 zł

Podstawowa zasada dotyczy niedublowania pozycji kosztowych. Jeśli dana pozycja została wliczona w jedną kategorię kosztów to nie może być wykazana w innej. Przykładowo, jeśli wynagrodzenie lekarzy w trakcie pracy na dyżurze zostało wliczone w całości w koszt osobodnia to nie powinno być wykazywane ponownie jako koszt gotowości. Analogicznie, jeśli koszty procedur diagnostycznych (np. RTG) zostały ustalone na podstawie łącznych kosztów ośrodka realizującego te procedury to nie powinny być dublowane jako koszt gotowości.

W polu „Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia”: należy wskazać jaką została wybrana podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia (pole z listą wyboru) tj.:

1. koszty świadczenia standardowego (normatyw) - przedstawienie kosztów jednego realizowanego standardowo (najczęściej występującego) sposobu realizacji świadczenia (koszt normatywny na podstawie statystycznej średniej z kosztów poniesionych w poprzednim okresie);
2. koszty rzeczywiste standardowego świadczenia - przedstawienie rzeczywiście poniesionych kosztów jednego zrealizowanego standardowego świadczenia lub uśredniony koszt rzeczywisty wszystkich zrealizowanych świadczeń - w przypadku posiadania modułu kontrolingu i ewidencji danych kliniczno-kosztowych do numeru księgi głównej pacjenta, zostanie uśredniony koszt ze wszystkich zrealizowanych świadczeń.

Szczegółowe zasady dotyczące poszczególnych kategorii

Kategoria 1: koszty produktów leczniczych i jednorazowych wyrobów medycznych a także koszty procedur (przede wszystkim laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej) realizowanych w trakcie pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym

- W tej pozycji powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych w trakcie hospitalizacji pacjenta.
- Koszty produktów leczniczych i wyrobów mogą być ujmowane w ilościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji świadczenia.
- W odniesieniu do kosztów produktów leczniczych i wyrobów zużywanych w trakcie pobytu (i nie przypisywanych bezpośrednio do pacjenta) możliwe jest również określenie kosztów przypadających na osobodzień pobytu pacjenta.
- W przypadku procedur wykazywanych w tej części należy uwzględnić ich liczbę oraz koszt jednostkowy. Liczba może być określona w sposób rzeczywisty lub średni.

Kategoria 2: koszty realizacji zabiegu operacyjnego albo diagnostyki zabiegowej

- W tej kategorii wykazać należy wszystkie koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych w trakcie realizacji zabiegu operacyjnego/ diagnostyki zabiegowej (wykonywanej na sali zabiegowej lub bloku operacyjnym).
- Ująć należy koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury, koszty znieczulenia a także koszty infrastruktury.
- Koszt wynagrodzeń należy ustalić dla danej procedury, zgodnie z systemem wynagrodzeń obowiązującym w podmiocie leczniczym. W przypadku personelu zaangażowanego na stałe (tj. niewynagradzanego za procedurę) zaleca się przypisanie kosztów proporcjonalnie do czasu zaangażowania zasobów, ale dopuszcza się inny klucz, jeśli jest stosowany przez świadczeniodawcę, o ile nie zniekształca on wyników kalkulacji. Czas zaangażowania może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny. **Uwaga:** w przypadku personelu zatrudnionego w oddziale szpitalnym, kosztów osobowych związanych z realizacją zabiegu nie należy uwzględniać w koszcie osobodnia.
- Koszty infrastruktury są to koszty utrzymania ośrodka realizującego daną procedurę. Ustala się je jako całkowite koszty ośrodka pomniejszone o koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury (przypisywanego do świadczenia obok kosztów infrastruktury) oraz koszty innych procedur medycznych. W szczególności uwzględniają następujące koszty: amortyzację, zużycie materiałów innych niż leki i wyroby medyczne, energii, usługi obce inne niż kontrakty personelu uczestniczącego w realizacji procedury oraz procedury medyczne, wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne personelu innego niż uczestniczącego w realizacji procedury, podatki i opłaty, pozostałe koszty rodzajowe, koszty ośrodków pomocniczych alokowane do tego ośrodka, koszty zarządu (jeśli są przenoszone do ośrodka). Zaleca się przypisanie kosztów infrastruktury proporcjonalnie do czasu zajętości pomieszczeń na realizację procedury, ale dopuszcza się inny klucz, jeśli jest stosowany przez świadczeniodawcę, o ile nie zniekształca on wyników kalkulacji. Czas zajętości pomieszczeń może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny.

Jeżeli koszty znieczulenia nie obejmują kosztów pracy personelu (lekarza anestezjologa i pielęgniarki), to powinny one zostać ujęte w pozycji „koszty osobowe”.

Kategoria 3: Koszty pobytu na oddziałach

- Koszty pobytu powinny być przypisywane odrębnie dla każdego oddziału, w którym przebywa pacjent, proporcjonalnie do czasu pobytu.
- Koszty pobytu obejmują następujące pozycje kosztowe: koszty amortyzacji, koszty zużycia materiałów innych niż leki i wyroby medyczne, koszty energii, usługi obce inne niż procedury medyczne wykazane w kategorii 2, wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne personelu w części dotyczącej opieki na oddziale, podatki i opłaty, pozostałe koszty rodzajowe, koszty ośrodków pomocniczych alokowane do tego ośrodka, koszty zarządu (jeśli są przenoszone do ośrodka).
- W tabeli podać należy informacje o koszcie osobodnia oraz liczbie dni pobytu odrębnie dla każdego oddziału.

Kategoria 4: Inne koszty

- W tej części prosimy o wskazanie innych pozycji, które świadczeniodawca uwzględni w kalkulacji, a które nie zostały ujęte w poprzednich kategoriach (np. koszty zarządu, jeśli nie są alokowane do ośrodków działalności podstawowej).

Dodatkowo w arkuszu „składowe kalkulacji” dołączyć należy zestawienie składowych kalkulacji, to jest podanych produktów leczniczych, zużytych wyrobów medycznych wraz z wielkością zużycia, wykonanych procedur medycznych wraz z liczbą wykonań oraz ich kosztem, zgodnie z poniższym wzorem. W przypadku procedur medycznych w polu „jednostka miary” dopuszcza się wpis „nd.”. W poniższej tabeli „składowe kalkulacji” przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych:

Pozycja	Nazwa jednostki miary podanego leku czy zużytego wyrobu medycznego	Liczba (podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych)	Koszt jednostki miary	Wartość (podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych)
hospitalizacja				
Morphini Sulfas 10 mg/ml; 10 amp. 1 ml	amp.	10	1,90	11,90
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	FLAKON	6	2,30	13,80
Badanie ogólne moczu	nd	10	2,90	29,00
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem leukocytów (automatycznym)	liczba wykonań	10	5,50	55,00

Badanie mikroskopowe materiału z pęcherza moczowego, cewki moczowej, stercza, pęcherzyków nasiennych, tkanki okołopęcherzowej, moczu i nasienia - posiew (badanie bakteriologiczne moczu - uromedium)	nd	3	13,00	39,00
Konsultacja nefrologiczna	nd	2	99,00	198,00
TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem (wątroba)	nd	1	222,00	222,00
RTG klatki piersiowej	nd	1	45,00	45,00
EKG	nd	1	17,00	17,00
zabieg operacyjny				
Glucosum 10% inj. 500 ml	butelka	1	2,20	2,20
Calcium chlor. 10% inj. 0,1g/1ml x 10 amp/10ml	amp.	0,5	0,62	0,31
Odzież operacyjna	szt.	4	3,00	12,00
Ochraniacze na obuwiu	para	4	0,18	0,72
Serwety do rąk	szt.	4	0,61	2,44
Cewnik Foleya nr 16	szt.	1	1,21	1,21
Strzykawka 10 ml	szt.	1	0,22	0,22
Rękawiczki sterylne pudrowane	para	6	0,99	5,94
ATROPINUM SULF. 1MG/ML (10 AMP)	amp.	1	1,44	1,44
FENTANYL INJ. 0,1 MG/2 ML [X50 AMP.]	amp.	5	1,75	8,75
Zestaw do pomiaru liniowego pojedynczy	szt.	1	31,00	31,00
Rurka intubacyjna	szt.	1	2,55	2,55
Rurka ustno-gardłowa	szt.	1	0,35	0,35
Filtr p/bakteryjny (do aparatu do znieczulenia)	szt.	1	3,00	3,00

Uwaga: suma kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur medycznych musi być równa sumie kosztów wskazanych w karcie w poszczególnych etapach (tabela). W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie kosztów:

Pozycja kosztów	Wartość
Koszt produktów leczniczych w trakcie hospitalizacji	25,70 zł
Morphini Sulfas 10 mg/ml; 10 amp. 1 ml	11,90
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	13,80
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych w trakcie hospitalizacji	605,00 zł
Badanie ogólne moczu	29,00
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem leukocytów (automatycznym)	55,00

Badanie mikroskopowe materiału z pęcherza moczowego, cewki moczowej, stercza, pęcherzyków nasiennych, tkanki okołopęcherzowej, moczu i nasienia - posiew (badanie bakteriologiczne moczu - uromedium)	39,00
Konsultacja nefrologiczna	198,00
TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem (wątroba)	222,00
RTG klatki piersiowej	45,00
EKG	17,00
Koszt produktów leczniczych (zabieg)	2,51 zł
Glucosum 10% inj. 500 ml	2,20
Calcium chlor. 10% inj. 0,1g/1ml x 10 amp/10ml	0,31
Koszt wyrobów medycznych (zabieg)	22,53 zł
Odzież operacyjna	12,00
Ochraniacze na obuwie	0,72
Serwety do rąk	2,44
Cewnik Foleya nr 16	1,21
Strzykawka 10 ml	0,22
Rękawiczki sterylne pudrowane	5,94
Koszt znieczulenia (zabieg)	47,09 zł
ATROPINUM SULF. 1MG/ML (10 AMP)	1,44
FENTANYL INJ. 0,1 MG/2 ML [X50 AMP.]	8,75
Zestaw do pomiaru liniowego pojedynczy	31,00
Rurka intubacyjna	2,55
Rurka ustno-gardłowa	0,35
Filtr p/bakteryjny (do aparatu do znieczulenia)	3,00

W arkuszu „koszty osobowe zabieg” wykazać należy personel biorący udział w zabiegu operacyjnym/ diagnostyce zabiegowej w podziale na poszczególne kategorie wraz z przypisaną wysokością kosztów.

Uwaga: w przypadku personelu zatrudnionego w oddziale szpitalnym, kosztów osobowych związanych z realizacją zabiegu nie należy uwzględniać w koszcie osobodnia.

W poniższej tabeli przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych:

kod procedury (jeśli jest wskazany w tabeli)	nazwa kategorii personelu biorącego udział w realizacji zabiegu	liczba osób uczestniczących w zabiegu	wysokość kosztów osobowych za zabieg w odniesieniu do jednej osoby
55.690	chirurg transplantolog	3	374,00
	instrumentariuszka	2	300,00
	anestezjolog	1	300,00
	pielęgniarka anestezjologiczna	1	200,00

Ostatni arkusz (osobodzień) jest miejscem do opisanego przyjętego w podmiocie sposobu kalkulowania kosztu osobodnia oraz wyszczególnienia kosztu osobodnia odrębnie dla każdego oddziału, w którym przebywa pacjent, proporcjonalnie do czasu pobytu.

Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - oddział szpitalny, na którym jest realizowane świadczenie	Koszt osobodnia	Liczba dni pobytu	Pobyt (koszt osobodnia x liczba dni pobytu)
4500	888,00	5	4 440,00
4260	1 111,00	3	3 333,00
4530	999,00	6	5 994,00
łącznie koszt pobytu			13 767,00

