

ZARZĄDZENIE Nr 16/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 5 kwietnia 2018 r.

w sprawie wytycznych odnośnie sposoby 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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się wytyczne odnośnie sposoby 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-Mądry

WYTYCZNE AOTMiT ODNOŚNIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Koszt pojedynczego świadczenia stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty leków i jednorazowych wyrobów medycznych, w tym tych zużywanych w trakcie realizacji procedur medycznych (dotyczy głównie procedur zabiegowych),
2. koszty realizacji procedur medycznych – w przypadku procedur diagnostycznych obejmują pełny koszt procedury, w przypadku zabiegu operacyjnego obejmują koszty z wyłączeniem kosztów leków i wyrobów medycznych (wykazanych w kategorii 1),
3. koszty pobytu na oddziałach,
4. inne koszty (w tym koszty gotowości ośrodków).

Koszty pojedynczego świadczenia przedstawić należy w poniższej tabeli:

Identyfikator świadczeniodawcy nadawany przez właściwy Oddział Wojewódzki NFZ (kod świadczeniodawcy)	
Charakterystyka świadczenia	
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	
Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - oddział szpitalny, na którym zostało zrealizowane świadczenie, rozliczone poniższym kodem produktu [jeśli świadczenie było realizowane na kilku oddziałach i jest to łączna kalkulacja kosztów, należy kody resortowe podać po przecinku]	
kod produktu, z którego zostało sprawozdane świadczenie	
kod procedury zabiegowej ICD-9, z której zostało sprawozdane świadczenie [jeśli dotyczy]	
kod rozpoznania medycznego ICD-10 [jeśli dotyczy]	
Pozycja kosztów	Wartość
Pobyt (koszt osobodnia x liczba dni pobytu)	- zł
Koszt leków w trakcie hospitalizacji	- zł
Koszt wyrobów medycznych w trakcie hospitalizacji	- zł
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych	- zł
Koszt zabiegu operacyjnego, w tym:	- zł
Koszt leków	- zł
Koszt wyrobów medycznych	- zł
Koszt infrastruktury	- zł
Koszty osobowe	- zł

Koszt znieczulenia	- zł
Inne koszty	- zł
RAZEM KOSZTY	- zł
Czy w powyższych wyliczeniach są wykorzystywane wyłącznie koszty rzeczywiste? (TAK/NIE) <i>UWAGA: w przypadku korzystania z sposobu normatywnego należy użyć odpowiedzi NIE.</i>	

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.

Szczegółowe zasady dotyczące poszczególnych kategorii

Kategoria 1: Koszty leków i jednorazowych wyrobów medycznych

- W tej pozycji powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty leków i wyrobów medycznych zużytych w trakcie realizacji świadczenia.
- Odrębnie wskazać należy koszty leków i wyrobów zużytych w trakcie procedur zabiegowych. Oznacza to, że należy wydzielić te koszty z całkowitego kosztu procedury, jeśli w Państwa jednostce uwzględnia on również koszty leków i wyrobów jednorazowych. Ma to zapewnić porównywalność danych między świadczeniodawcami.
- Koszty leków i wyrobów mogą być ujmowane w wartościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji procedury.
- W odniesieniu do kosztów leków i wyrobów zużywanych w trakcie pobytu (i nie przypisywanych bezpośrednio do pacjenta) możliwe jest również określenie kosztów przypadających na osobodzień pobytu pacjenta.
- W przypadku leków i wyrobów zużywanych w trakcie procedur diagnostycznych (z wyłączeniem diagnostyki zabiegowej) koszty powinny być uwzględnione w koszcie procedury.

Kategoria 2: Koszty realizacji procedur medycznych

- W kosztach realizacji procedur medycznych (w trakcie hospitalizacji jak również zabiegu) powinny zostać ujęte koszty wszystkich procedur, których koszt nie został uwzględniony w koszcie pobytu na oddziale (tj. z wyłączeniem procedur realizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale, które są przypisane do kosztu pobytu).
- W koszcie procedury ująć należy koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury, 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.

- Koszty infrastruktury są to koszty utrzymania ośrodka realizującego daną procedurę. Ustala się je jako całkowite koszty ośrodka pomniejszone o koszty leków i wyrobów medycznych (przypisywane jako kategoria 1), wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury (przypisywanego do świadczenia obok kosztów infrastruktury) oraz koszty innych procedur medycznych (przypisywanych do świadczenia jako odrębny wiersz w tej kategorii). W szczególności uwzględniają następujące koszty: koszty amortyzacji, koszty zużycia materiałów innych niż leki i wyroby medyczne, koszty 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.
- W przypadku pozostałych procedur wykazywanych w tej części należy uwzględnić ich liczbę oraz koszt jednostkowy procedur. Liczba może być określona w sposób rzeczywisty lub średni.

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).

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).

