

**WYTYCZNE AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI DOTYCZĄCE
SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZENIA OPIEKI
ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH**

Koszt pojedynczego świadczenia opieki zdrowotnej stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty produktów leczniczych i jednorazowych wyrobów medycznych a także koszty procedur (przede wszystkim laboratoryjnych, 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 opieki zdrowotnej 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 typowo zużywanych zasobów (normatyw) 2) koszty rzeczywiste zużywanych zasobów
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	01.01.-30.06.2022
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]	4570
Kod produktu, z którego sprawozdawane (rozliczane) jest świadczenie	5.51.01.0001003
Rodzaj zastosowanego stymulatora:	jednokomorowy dwukomorowy
Średni czas trwania procedury wyrażony w minutach: przez „czas trwania procedury” rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta na bloku/sali operacyjnej	180
Jeśli dotyczy: kod procedury zabiegowej ICD-9 opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedna procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku)	02.931
Jeśli dotyczy: kod rozpoznania głównego ICD-10	G20
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy bloku operacyjnego/sali zabiegowej)	185

Pozycja kosztów	Wartość
Pobyt (koszt osobodnia x liczba osobodni 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, 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
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 jaka została wybrana metoda sporządzenia kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia (pole z listą wyboru) tj.:

1. według kosztów typowo zużywanych zasobów (normatyw) – przedstawienie kosztów jednego realizowanego standardowo (najczęściej występującego) sposobu realizacji świadczenia w oparciu o przeciętne zużycie materiałów, realizację procedur oraz przeciętny nakład czasu pracy personelu (koszt normatywny na podstawie statystycznej średniej z kosztów poniesionych w poprzednim okresie);
2. według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów – przedstawienie kosztów jednego realizowanego standardowo sposobu realizacji świadczenia w oparciu o rzeczywiste zużycie materiałów, realizację procedur oraz rzeczywisty czas pracy personelu lub uśrednionego kosztu rzeczywistego wszystkich zrealizowanych świadczeń – w przypadku posiadania modułu kontrolingu i ewidencji danych medyczno-kosztowych do unikalnego numeru kontaktu pacjenta, zostanie uśredniony koszt ze wszystkich zrealizowanych świadczeń.

W polu „Średni czas trwania procedury wyrażony w minutach” – wymagany zapis w minutach, np. 120 (2 godziny).

W polu „Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy bloku operacyjnego)” należy wpisać koszt w przeliczeniu na godzinę. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje wartość w pozycji „Koszt infrastruktury (bloku operacyjnego/ sali zabiegowej)”.

Pola o nazwach „Pobyt (koszt osobodnia x liczba osobodni pobytu)”, „Koszt produktów

leczniczych w trakcie hospitalizacji”, „Koszt wyrobów medycznych w trakcie hospitalizacji”, „Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych w trakcie hospitalizacji”, „Koszt zabiegu operacyjnego, w tym:”, „Koszt produktów leczniczych”, „Koszt wyrobów medycznych”, „Koszt procedur diagnostyki zabiegowej”, „Koszt infrastruktury (bloku operacyjnego/ sali zabiegowej)”, „Koszty osobowe”, „Inne koszty”, „RAZEM KOSZTY” zliczają się automatycznie w oparciu o dane z pozostałych komórek lub arkuszy, i nie należy ich wypełniać.

Szczegółowe zasady dotyczące poszczególnych kategorii

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

- 1) W tej pozycji powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych w trakcie hospitalizacji pacjenta.
- 2) Koszty produktów leczniczych i wyrobów mogą być ujmowane w ilościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji świadczenia.
- 3) 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.
- 4) 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

- 1) 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).
- 2) Należy ująć koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury, koszty znieczulenia a także koszty infrastruktury.
- 3) 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.
- 4) 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).

Kategoria 3: Koszty pobytu na oddziałach

- 1) Koszty pobytu powinny być przypisywane odrębnie dla każdego oddziału, w którym przebywa pacjent, proporcjonalnie do czasu pobytu.
- 2) 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).
- 3) W tabeli podać należy informacje o koszcie osobodnia oraz liczbie osobodni pobytu odrębnie dla każdego oddziału.

Kategoria 4: Inne koszty

- 1) 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).

Kategoria 5: Kwalifikacji pacjenta do zabiegu oraz monitorowanie skuteczności terapii w warunkach ambulatoryjnych

- 1) W tej części prosimy o uzupełnienie informacji dotyczących:
 - etapu kwalifikacji pacjenta do zabiegu, w tym niezbędnych badań oraz konsultacji;
 - etapu monitorowania skuteczności terapii, w tym dotyczących niezbędnych wizyt kontrolnych, programowania stymulatora oraz wykonywanych badań.

Objaśnienia do poszczególnych arkuszy

W arkuszu „*Składowe kalkulacji*” należy ująć wszystkie produkty lecznicze i wyroby medyczne zużyte oraz badania diagnostyczne i laboratoryjne wykonane w trakcie hospitalizacji oraz zabiegu wraz z wielkością zużycia/ liczbą wykonań oraz ich kosztem, zgodnie z poniższym wzorem. W przypadku procedur medycznych w polu „*Nazwa jednostki miary podanego leku czy zużytego wyrobu medycznego*” dopuszcza się wpis „nd.”. W poniższej tabeli „*Składowe kalkulacji*” przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych.

Nazwa	Kategoria (PL/WM/PR)	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 dla PL i WM/ koszt PR	Wartość (podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych)	Etap świadczenia
Morphini Sulfas 10 mg/ml; 10 amp. 1 ml	PL	amp.	10	1,90	11,90	HOSP
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	PL	FLAKON	6	2,30	13,80	HOSP
Badanie ogólne moczu	PR	nd	10	2,90	29,00	HOSP
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem leukocytów (automatycznym)	PR	liczba wykonań	10	5,50	55,00	HOSP
RTG klatki piersiowej	PR	nd	1	45,00	45,00	HOSP
EKG	PR	nd	1	17,00	17,00	HOSP
Cewnik Foleya nr 16	WM	szt.	1	1,21	1,21	HOSP
Strzykawka 10 ml	WM	szt.	1	0,22	0,22	HOSP
Rękawiczki sterylne pudrowane	WM	para	6	0,99	5,94	ZB
ATROPINUM SULF. 1MG/ML (10 AMP)	PL	amp.	1	1,44	1,44	ZB
FENTANYL INJ. 0,1 MG/2 ML [X50 AMP.]	PL	amp.	5	1,75	8,75	ZB

W arkuszu „**Osobodzień**” należy wskazać odrębnie oddziały, na których przebywał pacjent, proporcjonalnie do czasu pobytu oraz podać koszt osobodnia danego oddziału. W poniższej tabeli przedstawiono przykładowy zapis danych.

Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - oddział szpitalny, na którym jest realizowane świadczenie	Koszt osobodnia	Liczba osobodni pobytu	Pobyt (koszt osobodnia x liczba osobodni pobytu)
4500	888,00	5	4 440,00
4570	1 111,00	3	3 333,00
4530	999,00	6	5 994,00
Łączny koszt pobytu			13 767,00

W arkuszu „**Koszty osobowe**” należy wykazać personel biorący udział w realizacji procedury

zabiegowej w podziale na poszczególne kategorie wraz z przypisaną wysokością kosztów. W poniższej tabeli „*Koszty osobowe*” przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych.

Kod procedury	Nazwa kategorii personelu biorącego udział w realizacji procedury zabiegowej	Liczba osób uczestniczących w procedurze zabiegowej	Wynagrodzenie za godzinę pracy lub za procedurę zabiegową w odniesieniu do jednej osoby	Wynagrodzenie za: (1) godzinę pracy lub za (2) procedurę zabiegową	Czas trwania procedury (w przypadku podania wynagrodzenia za godzinę pracy) lub liczba procedur (w pozostałych przypadkach)	Wartość
86.21	LEKARZ	1	80	1	120	160,00 zł
86.21	PIELĘGNIARKA	2	60	1	120	240,00 zł

Arkusz „*Inne koszty*” jest miejscem do wykazania pozostałych kosztów, które nie zostały ujęte we wcześniejszych kategoriach.

W arkuszu „*Koszty etapu ambulatoryjnego*” należy wykazać wszystkie istotne dla przebiegu świadczenia procedury, w tym procedury diagnostyczne, konsultacje oraz programowanie stymulatora wraz z oznaczeniem, którego etapu dotyczą – kwalifikacja pacjenta do zabiegu, czy monitorowanie skuteczności terapii. W poniższej tabeli przedstawiono przykładowy zapis danych.

Etap świadczenia	Kod procedury* (ICD-9, jeśli znany)	Nazwa procedury**	Średnia liczba procedur/konsultacji realizowanych w ciągu roku u jednego pacjenta	Koszt jednostkowy [PLN]	Średni czas trwania [w minutach]*	Kategorie personelu zaangażowanego standardowo w realizację procedury (jeżeli więcej niż jedna, wymienić po przecinku)*	OPK, na którym zrealizowano procedurę*	uwagi
kwalifikacja pacjenta do zabiegu	89.006	Konsultacja neurochirurgiczna	1	150	30	lekarz neurochirurg	Poradnia neurochirurgiczna	
kwalifikacja pacjenta do zabiegu	87.031	TK głowy z kontrastem	1	300				
monitorowanie skuteczności terapii		Konsultacja neurochirurgiczna, w tym programowanie stymulatora	3	200	40	lekarz neurochirurg	Poradnia neurochirurgiczna	

W tabeli *Zaangażowane środki trwałe wykorzystywane do realizacji procedury* należy wykazać środki trwałe, jakie są wykorzystywane do realizacji niektórych wymienionych w tabeli powyżej procedur, (np. komputery, oprogramowanie służące do programowania stymulatorów), np.:

Etap świadczenia	Kod procedury (ICD-9, jeśli znany)	Nazwa procedury	Nazwa środka trwałego wykorzystywanego do realizacji procedury	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba procedur wykonanych z użyciem środka trwałego
monitorowanie skuteczności terapii		Programowanie stymulatora	Komputer z licencjonowanym oprogramowaniem dedykowanym programowaniu u stymulatorów	100 000	8 000	100