

**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)	70001284
Charakterystyka świadczenia	
Data hospitalizacji (data przyjęcia - data wypisu)	01.01.2022 - 30.01.2022
Numer księgi głównej	1/2022
Wiek pacjenta	2,5
Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - poradnia lub pracownia zabiegowa, w której realizowano świadczenie rozliczane poniższym kodem produktu [jeśli świadczenie jest realizowane w kilku poradniach i jest to łączna kalkulacja kosztów, należy kody resortowe podać po przecinku]	4651
Kod produktu, z którego sprawozdawane (rozliczane) jest świadczenie	5.54.01.0000001
Kod procedury zabiegowej ICD-9 opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku)	50.59
Czas trwania procedury wyrażony w minutach: przez „czas trwania procedury” rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta na bloku/sali operacyjnej	420
Kod rozpoznania głównego ICD-10	K72.0
Kod rozpoznania współistniejącego ICD-10 (w przypadku kilku rozpoznań współistniejących należy podać kody ICD-10 po przecinku)	K71.9, Z94.4, T86.4
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych)	350 zł
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy bloku operacyjnego)	900 zł

Pozycja kosztów	Wartość
Pobyty (koszt osobodnia x liczba osobodni pobytu)	55 600,00 zł
Koszt produktów leczniczych w trakcie hospitalizacji	39,50 zł
Koszt wyrobów medycznych w trakcie hospitalizacji	1,43 zł
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych w trakcie hospitalizacji	175,00 zł
Koszt zabiegu operacyjnego, w tym:	12 896,13 zł
Koszt produktów leczniczych	10,19 zł
Koszt wyrobów medycznych	5,94 zł
Koszt diagnostyki zabiegowej	- zł
Koszt infrastruktury (bloku operacyjnego/ sali zabiegowej)	6 300,00 zł
Koszty osobowe	6 580,00 zł
Koszt zabiegów dodatkowych:	5 432,83 zł
ZB_1	5 432,83 zł
ZB_2	- zł
ZB_3	- zł
Inne koszty	6 000,00 zł
RAZEM KOSZTY	80 144,89 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 „Czas trwania procedury wyrażony w minutach” – wymagany zapis w minutach, np. 120 (2 godziny).

W polu „Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych)” należy wpisać koszt w przeliczeniu na godzinę. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje infrastruktura do dodatkowych zabiegów wykonanych w/w pracowni.

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)” do zabiegu głównego oraz infrastruktura do dodatkowych zabiegów.

Pola o nazwach „Pobyty (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”, „Koszt zabiegów dodatkowych”, „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: Etapy świadczenia

- 1) W tej części prosimy o przypisanie do zabiegów dodatkowych nazw, wskazanie miejsca realizacji oraz podanie czasu trwania zabiegu.

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 /W M/ 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 (HOSP/OIT/ZB/ZB_)
Morphini Sulfas 10 mg/ml; 10 amp. 1 ml	PL	amp.	10	1,9	11,9	HOSP
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	PL	FLAKON	6	2,3	13,8	HOSP
Badanie ogólne moczu	PR	nd	10	2,9	29	HOSP
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem leukocytów (automatycznym)	PR		10	5,5	55	HOSP
RTG klatki piersiowej	PR	nd	1	45	45	HOSP
EKG	PR	nd	1	17	17	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 pudrowe	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
Strzykawka 10 ml	WM	szt.	1	0,22	0,22	ZB_1
Rękawiczki sterylne pudrowe	WM	para	6	0,99	5,94	ZB_1
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	PL	FLAKON	6	2,3	13,8	OIT I
Badanie ogólne moczu	PR	nd	10	2,9	29	OIT I

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	Nazwa oddziału szpitalnego, na którym jest realizowane świadczenie	Koszt osobodnia	Liczba osobodni pobytu	Pobyt (koszt osobodnia x liczba osobodni pobytu)
4651	ODDZIAŁ TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW	1 700,00	20	34 000,00
4261	ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I	2 400,00	9	21 600,00
Łączny koszt pobytu				55 600,00

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 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	Etap świadczenia
50.59	WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT ZE ZWŁOK	LEKARZ CHIRURG	3	170	1	420	3 570,00 zł	ZB
50.59	WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT ZE ZWŁOK	LEKARZ ANESTEZJOLOG	1	150	1	420	1 050,00 zł	ZB
50.59	WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT ZE ZWŁOK	PIELĘGNIARKA	2	90	1	420	1 260,00 zł	ZB
50.59	WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT ZE ZWŁOK	PIELĘGNIARKA ANESTEZJOLOGICZNA	1	100	1	420	700,00 zł	ZB
50.9	REWIZJA PRZESZCZEPIONEJ WĄTROBY	LEKARZ CHIRURG	2	170	1	200	1 133,33 zł	ZB_1
50.9	REWIZJA PRZESZCZEPIONEJ WĄTROBY	LEKARZ ANESTEZJOLOG	1	150	1	200	500,00 zł	ZB_1
50.9	REWIZJA PRZESZCZEPIONEJ WĄTROBY	PIELĘGNIARKA	2	90	1	170	510,00 zł	ZB_1
50.9	REWIZJA PRZESZCZEPIONEJ WĄTROBY	PIELĘGNIARKA ANESTEZJOLOGICZNA	1	100	1	170	283,33 zł	ZB_1

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

W arkuszu „**Etapy świadczenia**” należy przypisać nazwy zabiegów dodatkowych, wskazać miejsce ich realizacji oraz podać czas trwania zabiegu.

W poniższej tabeli „**Etapy świadczenia**” przedstawiono przykład poprawnego zapisu danych.

Etap świadczenia	Nazwa etapu świadczenia	Miejsce realizacji świadczenia	Czas trwania zabiegu
ZB_1	REWIZJA PRZESZCZEPIONEJ WĄTROBY	BLOK OPERACYJNY	200