

ZASADY W SPRAWIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH

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. koszty pobytu na oddziałach,
3. inne koszty.

Koszty pojedynczego świadczenia należy przedstawić w arkuszu „Własna kalkulacja kosztów”.

Poniżej przedstawiono przykładowy sposób jej wypełnienia.

Kategoria danych	Odpowiedź
Identyfikator świadczeniodawcy nadawany przez właściwy Oddział Wojewódzki NFZ (kod świadczeniodawcy)	121/000000
Nazwa świadczeniodawcy	Wojewódzki Szpital w
Charakterystyka świadczenia	
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia	koszty rzeczywiste zużywanych zasobów
Kod produktu rozliczeniowego NFZ	5.15.00.0000146
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	01.01.2023-31.03.2023
Liczba dni, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	90
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]	4180
Średnia liczba łóżek posiadanych w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	15
Realizacja osobodni w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	1 080
Pozycja kosztów	
Wartość	
Koszt jednego dnia pobytu (bez kosztów osobowych, kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych przypisanych do pacjenta)	620,00 zł
Koszty osobowe zawarte w koszcie pobytu	400,00 zł
Koszty realizacji świadczenia:	70,00 zł
Koszt produktów leczniczych	40,00 zł
Koszt wyrobów medycznych	20,00 zł
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych	10,00 zł
Inne koszty	0,00 zł
RAZEM KOSZTY	690,00 zł

Podstawowa zasada dotyczy niedublowania pozycji kosztowych. Jeśli dana pozycja została wliczona w jedną kategorię kosztów, to nie może być wykazana w innej.

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.

Koszt pobytu

W polu „*Koszt jednego dnia pobytu (bez kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych przypisanych do pacjenta)*” należy wpisać koszt w przeliczeniu na 1 osobodzień.

Koszty pobytu obejmują następujące pozycje kosztowe: koszty amortyzacji, koszty zużycia materiałów innych niż leki i wyroby medyczne, koszty energii, usługi obce, 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).

Koszty pobytu nie obejmują kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych przypisanych do pacjenta – wykazanych w kosztach realizacji świadczenia.

Koszty realizacji świadczenia

Pola o nazwach „*Koszt produktów leczniczych*”, „*Koszt wyrobów medycznych*”, „*Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych*”, „*Inne koszty*”, „*RAZEM KOSZTY*” zliczają się automatycznie w oparciu o dane z pozostałych komórek lub arkuszy i nie należy ich wypełniać.

Objaśnienia do poszczególnych arkuszy

Składowe kalkulacji

W arkuszu „*Składowe kalkulacji*” należy ująć wszystkie produkty lecznicze i wyroby medyczne zużyte oraz badania diagnostyczne i laboratoryjne wykonane w trakcie realizacji świadczenia wraz z wielkością zużycia/ liczbą wykonań oraz ich kosztem w przeliczeniu na 1 osobodzień.

Koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych mogą być ujmowane w ilościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji świadczenia – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.

W przypadku procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych należy uwzględnić ich liczbę oraz koszt jednostkowy. W zależności od przyjętego sposobu kalkulacji liczba procedur może odpowiadać przeciętnej (typowej) albo rzeczywistej liczbie ich realizacji.

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.

Kod świadczeniodawcy	Nazwa (PL/WM/PR)	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)
121/000000	Strzykawka 10 ml	WM	szt.	1	0,22	0,22 zł
121/000000	Rękawiczki	WM	opakowanie	0,1	20,00	2,00
121/000000	Opatrunek	WM	szt.	1	17,78	17,78
121/000000	PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	PL	FLAKON	6	4,08	24,48 zł
121/000000	Furosemid 10mg/ml	PL	FLAKON	1	15,52	15,52
121/000000	Morfologia	PR	nd	0,5	20,00	10,00 zł
						0,00 zł
						0,00 zł

Koszty osobowe

W arkuszu „Koszty osobowe” należy wykazać personel biorący udział w realizacji świadczenia w podziale na poszczególne kategorie wraz z przypisaną wysokością kosztów. W poniższej tabeli przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych.

Koszt osobowe powinny obejmować pełne koszty pracodawcy związane z zatrudnieniem personelu (w tym w szczególności koszty wynagrodzeń, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę - składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe, a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak odpisy na ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej).

Koszty wynagrodzeń przypadające na jedną godzinę pracy oblicza się na podstawie całościowego zatrudnienia pracownika w podmiocie w przyjętym okresie przy założeniu, że 1 etat obejmuje przeciętnie 160 godzin pracy miesięcznie. W przypadku pracowników wynagradzanych za świadczenie przyjęć należy stawkę za jedno świadczenie. Czas zaangażowania może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.

Kod świadczeniodawcy	Nazwa kategorii personelu biorącego udział w realizacji świadczenia	Liczba godzin pracy personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia	Wynagrodzenie za godzinę pracy w odniesieniu do jednej osoby, przy założeniu, że 1 etat to 160 godzin	Wartość
121/000000	LEKARZ	24	80	1920,00 zł
121/000000	PIELĘGNIARKA	24	60	1440,00 zł
				0,00 zł
				0,00 zł

Inne koszty

W tej części wskazać należy inne pozycje, które świadczeniodawca uwzględni w kalkulacji, a które nie zostały ujęte w poprzednich kategoriach (np. koszty zarządu, jeśli nie są alokowane do ośrodków działalności podstawowej).

Kod świadczeniodawcy	Nazwa	Wartość
121/000000	Żywnienie dojelitowe	
121/000000	Żywnienie pozajelitowe	