

ZARZĄDZENIE Nr 49/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 22 sierpnia 2018 r.

w sprawie wytycznych odnośnie sposobu przygotowywania i udostępniania 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 r., poz. 1510), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się wytyczne odnośnie sposobu przygotowywania i udostępniania 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.

Z upoważnienia Prezesa



WYTYCZNE AOTMIŁ ODNOŚNIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Koszt pojedynczego świadczenia stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty produktów leczniczych 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 produktów leczniczych 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	
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia	1) koszty standardowego świadczenia (normatyw) lub 2) koszty rzeczywiste standardowego świadczenia
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	
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]	
Kod produktu, z którego sprawozdawane jest świadczenie	
Kod procedury zabiegowej ICD-9 opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku) [jeśli dotyczy]	
Kod rozpoznania głównego ICD-10 [jeśli dotyczy]	

Pozycja kosztów	Wartość
Koszt osobodnia	- zł
Liczba dni pobytu	
Pobyt (koszt osobodnia x liczba dni pobytu)	- zł
Koszt produktów leczniczych 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 produktów leczniczych	- zł
Koszt wyrobów medycznych	- zł
Koszt infrastruktury	- zł
Koszty osobowe	- zł
Koszt znieczulenia	- zł
Inne koszty	- zł
RAZEM KOSZTY	- 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 podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia tj.:

1. kosztów świadczenia standardowego (normatyw) - przedstawienie kosztów jednego zrealizowanego standardowo (najczęściej wykonywanego) świadczenia wynikającego z procesu leczenia pacjenta w danej grupie JGP (koszt normatywny na podstawie statystycznej średniej z kosztów poniesionych w poprzednim okresie);

2. kosztów rzeczywistych standardowego świadczenia - przedstawienie kosztów jednego zrealizowanego standardowego świadczenia wynikającego z procesu leczenia pacjenta w danej grupie JGP;
3. 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

- W tej pozycji powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych w trakcie realizacji świadczenia.
- Odrębnie wskazać należy koszty produktów leczniczych 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 produktów leczniczych i wyrobów jednorazowych. Ma to zapewnić porównywalność danych między świadczeniodawcami.
- Koszty produktów leczniczych i wyrobów mogą być ujmowane w wartościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji procedury.
- 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 produktów leczniczych 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 produktów leczniczych 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).
- W tabeli podać należy informacje o koszcie osobodnia oraz liczbie dni pobytu.

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 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.”.

pozycja	jednostka miary	wielkość zużycia/liczba wykonań (liczba jednostek miary)	koszt
hospitalizacja			
zabieg operacyjny			

Uwaga: suma kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych , procedur medycznych musi być równa sumie kosztów wskazanych w karcie w poszczególnych etapach (tabela)

