

**ZASADY PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZENIA OPIEKI
ZDROWOTNEJ – POWTARZALNA PRZEZCZASZKOWA STYMULACJA MAGNETYCZNA (rTMS)**

Własna kalkulacja kosztów dotyczy świadczenia z użyciem metody powtarzalnej przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (rTMS) realizowanego według jednego z dwóch protokołów:

1) 10 Hz rTMS w okolicy L- DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania oddziaływania 37,5 min,

2) iTBS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania oddziaływania 3 min 9 s.

W opisie przez procedurę rTMS rozumieć należy wykonanie jednej sesji w protokole, którego dotyczy wypełniana karta WKK.

Dla każdego protokołu należy wypełnić oddzielną kartę.

Koszt pojedynczego świadczenia stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty realizacji procedury rTMS obejmujące koszty: zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, osobowe personelu realizującego procedurę,
2. koszty infrastruktury pracowni/ gabinetu zabiegowego,
3. koszty aparatu do rTMS wykorzystywanego w trakcie procedury,
4. inne koszty.

Koszty pojedynczego świadczenia 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	
Protokół wykonania procedury rTMS (wybór z listy)	1) 10 Hz rTMS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania oddziaływania 37,5 min 2) iTBS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania oddziaływania 3 min 9 s
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia (wybór z listy)	1) koszty typowo zużywanych zasobów (normatyw) 2) koszty rzeczywiste zużywanych zasobów
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	styczeń-czerwiec 2022
Liczba pacjentów objętych przedmiotowym leczeniem w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja	10
Liczba procedur rTMS, na podstawie której sporządzono kalkulację kosztów	200

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]	1700
Średni czas trwania przedmiotowej procedury wyrażony w minutach: przez czas trwania procedury rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta w pracowni/ gabinecie zabiegowym	45
Jeśli dotyczy: kod/kody rozpoznania głównego ICD-10	F32.2, F33.2
Pozycja kosztów	Wartość
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy pracowni/ gabinetu zabiegowego)	30,00 zł
Koszt sprzętu (stawka godzinowa pracy aparatu do rTMS)	40,00 zł
Średni dzienny czas funkcjonowania pracowni/ gabinetu zabiegowego (w godzinach)	10
Koszt procedury rTMS, w tym:	152,80 zł
Koszt produktów leczniczych	0,00 zł
Koszt wyrobów medycznych	0,30 zł
Koszt procedur medycznych	10,00 zł
Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury	22,50 zł
Koszt wykorzystania aparatu do rTMS w trakcie procedury	30,00 zł
Koszty osobowe	90,00 zł
Inne koszty	47,20 zł
RAZEM KOSZTY	200,00 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 „*Protokół wykonania procedury rTMS*” należy wskazać protokół wykonania świadczenia, którego dotyczy karta, tj.:

1. 10 Hz rTMS w okolicy L- DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania oddziaływania 37,5 min,
2. iTBS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania oddziaływania 3 min 9 s.

W polu „*Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia*” należy wskazać jaką 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 przedmiotowej procedury wyrażony w minutach: przez czas trwania procedury rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta w pracowni/ gabinecie zabiegowym” – to zapis minut, p.. 45, 120 (dla 2 godzin).

W polu „Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy pracowni/ gabinetu zabiegowego)” należy wpisać koszt w przeliczeniu na godzinę. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje wartość w pozycji „Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury”.

W polu „Koszt sprzętu (stawka godzinowa pracy aparatu do rTMS)” należy wpisać koszt w przeliczeniu na godzinę. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje wartość w pozycji „Koszt wykorzystania aparatu do rTMS w trakcie procedury”.

Pola o nazwach „Koszt procedury rTMS, w tym:”, „Koszt produktów leczniczych”, „Koszt wyrobów medycznych”, „Koszt procedur medycznych”, „Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury”, „Koszt wykorzystania aparatu do rTMS w trakcie procedury”, „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 realizacji procedury zabiegowej

W pozycjach: koszt produktów leczniczych, koszt wyrobów medycznych, koszt procedur medycznych powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz wykonanych procedur medycznych.

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

Należy ująć koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedur, a także koszty infrastruktury.

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 procedurę przyjęć należy stawkę za jedno świadczenie. Czas zaangażowania może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.

Kategoria 2: koszty infrastruktury pracowni / gabinetu zabiegowego

Koszty infrastruktury są to koszty utrzymania ośrodka powstawania kosztów (OPK) realizującego dane świadczenie. Ustala się je jako całkowite koszty OPK pomniejszone o koszty:

- produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- wynagrodzeń personelu,
- alokowane koszty procedur medycznych wykonanych przez inne OPK,
- związane z wykorzystywaniem aparatu do rTMS określone w poniższej kategorii 3.

Zaleca się przypisanie kosztów infrastruktury w przeliczeniu na godzinę zajętości pomieszczeń.

Kategoria 3: Koszty aparatu do rTMS wykorzystywanego w trakcie procedury

Koszty aparatu do rTMS wykorzystywanego w trakcie procedury są to koszty amortyzacji, dzierżawy/ leasingu itp. oraz serwisowania urządzenia do zabiegów rTMS. Zaleca się przypisanie tych kosztów w przeliczeniu na godzinę wykorzystywania urządzenia.

Kategoria 4: 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).

Objaśnienia do poszczególnych arkuszy

W arkuszu „Składowe kalkulacji” należy ująć wszystkie produkty lecznicze i wyroby medyczne zużyte oraz procedury medyczne wykonane w trakcie realizacji jednej procedury rTMS wraz z wielkością zużycia/ liczbą wykonań oraz ich kosztem, zgodnie z poniższym wzorem. Dla procedur medycznych rzadko wykonanych w *polu* „Liczba podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych” należy podać wartość ułamkową wg wzoru: liczba wykonanych procedur medycznych / liczba procedur rTMS, na podstawie której sporządzono kalkulację kosztów, np. jeśli na 200 procedur rTMS wykonano w sumie 10 konsultacji specjalistycznych, to należy wpisać wartość 10/200 (0,05). W przypadku wyrobów medycznych wielokrotnego użytku w *polu* „Liczba podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych” należy również podać wartość ułamkową wg wzoru: jeden wyrób medyczny / liczba procedur, w których realizacji został wykorzystany. 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	Uwagi (dla konsultacji np. psychiatrycznej proszę podać czas jej trwania i wynagrodzenie personelu za godzinę pracy)	Wartość (podanych jednostek miary leku, zużytych jednostek miary wyrobu medycznego czy wykonanych procedur medycznych)
Konsultacja psychiatryczna	PR	liczba wykonań	0,05	200,00 zł	czas ok. 45 min., wynagrodzenie 200 zł/h	10,00 zł
Rękawiczki jednorazowe	WM	para	1	0,30 zł		0,30 zł

W arkuszu „Koszty osobowe” należy wykazać personel biorący udział w realizacji jednej procedury rTMS w podziale na poszczególne kategorie wraz z przypisaną wysokością kosztów. Dopuszcza się wypełnienie kilku kart własnej kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dla tej samej procedury rTMS w przypadku różnic w kosztach osobowych wynikających ze sposobu wynagradzania personelu za wykonanie tej samej procedury. W poniższej tabeli „Koszty osobowe” przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych.

Nazwa kategorii personelu biorącego udział w realizacji procedury	Liczba osób personelu uczestniczących w procedurze	Wynagrodzenie za godzinę pracy lub za procedurę w odniesieniu do jednej osoby	Wynagrodzenie za: (1) godzinę pracy lub (2) procedurę	Czas trwania procedury (w przypadku podania wynagrodzenia za godzinę pracy) lub liczba procedur (w pozostałych przypadkach)	Wartość
TECHNIK	1	120,00 zł	1	45	90,00 zł

Arkusze „Inne koszty” jest miejscem do wykazania pozostałych kosztów, które nie zostały ujęte

we wcześniejszych kategoriach.

W arkuszu „Aparat do terapii rTMS” należy podać informacje odnośnie aparatu/aparatów wykorzystywanych do zabiegów rTMS.

Ostatni arkusz „Uwagi” jest miejscem do przekazania uwag wynikających z realizacji świadczenia z użyciem metody powtarzalnej przeczaszkowej stymulacji magnetycznej.