

Choroby układu pokarmowego, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony –
świadczenia udzielane w ramach AOS i ASDK

Własna kalkulacja kosztów



Wydział Taryfikacji
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Warszawa 21 kwietnia 2021 r.

Taryfikowane świadczenia – AOS i ASDK

ASDK: 5.03.00.0000022 - gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	ASDK: 5.03.00.0000089 - gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat	ASDK: 5.03.00.0000008 - gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.	ASDK: 5.06.00.0000902 - kolonoskopia diagnostyczna	ASDK: 5.06.00.0000903 - kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	ASDK: 5.03.00.0000042 - kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)
Z108: 5.31.00.0000108_42.29 - Zabiegi diagnostyczne przelyku – inne	Z105: 5.31.00.0000105_44.981 - Wlew roztworu fizjologicznego w celu dopasowania urządzenia	Z32: 5.31.00.0000032_45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	Z32: 5.31.00.0000032_45.252 - Pobranie materiału przez wyszczoteczowanie lub wyplukanie jelita grubego	Z103: 5.31.00.0000103_48.22 - Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę	Z103: 5.31.00.0000103_48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem
Z48: 5.31.00.0000048_48.31 - Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy	Z48: 5.31.00.0000048_48.32 - Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inne	Z105: 5.31.00.0000105_48.35 - Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy	Z102: 5.31.00.0000102_49.01 - Nacięcie ropnia okołodobytego	Z105: 5.31.00.0000105_49.03 - Wycięcie polipowatej wyrośli odbytu	Z105: 5.31.00.0000105_49.31 - Endoskopowe wycięcie/zniszczenie zmiany/tkanki odbytu
Z48: 5.31.00.0000048_49.43 - Kauteryzacja hemoroidów	Z48: 5.31.00.0000048_49.45 - Podwiązanie hemoroidów	Z105: 5.31.00.0000105_49.52 - Tylne nacięcie zwieracza odbytu	Z105: 5.31.00.0000105_49.59 - Nacięcie zwieracza odbytu – inne	Z105: 5.31.00.0000105_49.931 - Usunięcie ciała obcego z odbytu z nacięciem	Z103: 5.31.00.0000103_54.241 - Zamknięta biopsja: sieci
		Z100: 5.31.00.0000100_86.04 - Nacięcie lub drenaż skóry lub tkanki podskórnej - inne	Z107: 5.31.00.0000107_86.21 - Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej		

Koszt pojedynczego świadczenia opieki zdrowotnej stanowi sumę następujących kategorii:



koszty realizacji procedury zabiegowej,
diagnostycznej albo porady obejmujące koszty:

koszty infrastruktury
gabinetu lekarskiego/
gabinetu
zabiegowego/
pracowni
diagnostyczno-
zabiegowej

inne koszty

zużytych
produktów
lecniczych

wyrobów
medycznych

osobowe
personelu
realizującego
procedurę

Metody kalkulacji kosztów

według kosztów
typowo
zużywanych
zasobów
(normatyw)

- koszty jednego realizowanego standardowo 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);

według
rzeczywistych
kosztów zużytych
zasobów

- koszty 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.

Zasady ogólne



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



Wartości uzupełnione w arkuszach dodatkowych zliczają się automatycznie

Charakterystyka świadczenia - przykład

Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	2019
Liczba procedur/porad na podstawie, której sporządzono kalkulację kosztów	20
<u>Kod resortowy</u> 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]	1500
<u>Kod produktu</u> , z którego sprawozdawane (rozliczane) jest świadczenie	5.31.00.0000107
Jeśli dotyczy: <u>kod procedury zabiegowej ICD-9</u> opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD-9 po przecinku)	86.21
<u>Średni czas trwania procedury/porady</u> wyrażony <u>w minutach</u> : przez czas trwania procedury/porady rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta w gabinecie lekarskim/ gabinecie zabiegowym/ pracowni diagnostyczno-zabiegowej	20
Jeśli dotyczy: kod rozpoznania głównego ICD-10	L05

Charakterystyka świadczenia - przykład

Pozycja kosztów	Wartość (zł)
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy gabinetu lekarskiego/ gabinetu zabiegowego/ pracowni diagnostyczno-zabiegowej)	30,00
Koszt procedury zabiegowej/diagnostycznej lub porady, w tym:	161,67
Koszt produktów leczniczych	21,00
Koszt wyrobów medycznych	30,67
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych	0,00
Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury zabiegowej/diagnostycznej lub porady	10,00
Koszty osobowe	100,00
Inne koszty	0
RAZEM KOSZTY	161,67

ZASADY - koszty infrastruktury gabinetu lekarskiego/ gabinetu zabiegowego/ pracowni diagnostyczno-zabiegowej

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 oraz alokowane koszty procedur medycznych wykonanych przez inne OPK.

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

Czas trwania procedury/porady może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.

Składowe kalkulacji - przykład

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) (zł)
Morphini Sulfas 10mg/ml; 10 amp. 1 ml	PL	amp.	10	1,90	11,90
PARACETAMOL INJ1G/100 ml(x10FL)	PL	FLAKON	6	2,30	13,80
Badanie ogólne moczu	PR	nd	10	2,90	29,00
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem leukocytów(automatycznym)	PR	liczba wykonań	10	5,50	55,00
RTG klatki piersiowej	PR	nd	1	45,00	45,00
EKG	PR	nd	1	17,00	17,00
Cewnik Foleya nr 16	WM	szt.	1	1,21	1,21
Strzykawka 10 ml	WM	szt.	1	0,22	0,22
Rękawiczki sterylna pudrowane	WM	para	6	0,99	5,94
ATROPINUM SULF. 1MG/ML (10 AMP.)	PL	amp.	1	1,44	1,44
FENTANYL INJ. 0,1 MG/2ML (x50 amp.)	PL	amp.	5	1,75	8,75
			PL	WM	PR
			35,86 zł	7,37 zł	146,00 zł

wypełnić wybierając odpowiednią wartość z listy rozwijanej

Zasady - koszty realizacji procedury zabiegowej, diagnostycznej albo porady



- 1) W pozycjach: koszt produktów leczniczych, koszt wyrobów medycznych, koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych powinny być co do zasady wykazane wszystkie koszty zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz wykonanych procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych.
- 2) Koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych mogą być ujmowane w ilościach rzeczywistych lub wynikających z normatywu realizacji świadczenia – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.
- 3) 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.
- 4) Należy ująć koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji procedury zabiegowej/ diagnostycznej, porady, a także koszty infrastruktury.
- 5) 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/ poradę przyjęć należy stawkę za jedno świadczenie. Czas zaangażowania może być ustalony w sposób rzeczywisty lub normatywny – w zależności od przyjętej metody kalkulacji.

Koszty osobowe - przykład

W arkuszu należy wykazać personel biorący udział w realizacji procedury zabiegowej/diagnostycznej, porady w podziale na poszczególne kategorie wraz z przypisaną wysokością kosztów

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

wypełnić wybierając odpowiednią wartość z listy rozwijanej (1 lub 2)

Łączne koszty osobowe

400,00 zł

Kategorie personelu - przykład

Kategoria personelu	Łączny koszt w odniesieniu do danej kategorii personelu
LEKARZ	160,00 zł
LEKARZ ANESTEZJOLOG	0,00 zł
PIEŁĘGNIARKA	240,00 zł
PIEŁĘGNIARKA ANESTEZJOLOGICZNA	0,00 zł
POŁOŻNA	0,00 zł
PERFUZJONISTA	0,00 zł
PSYCHOLOG	0,00 zł
PSYCHOTERAPEUTA	0,00 zł
TERAPEUTA	0,00 zł
DIETETYK	0,00 zł
LOGOPEDA	0,00 zł
FIZJOTERAPEUTA	0,00 zł
REHABILITANT	0,00 zł
TECHNIK REHABILITACJI	0,00 zł
MASAŻYSTA	0,00 zł
MGR REHABILITACJI	0,00 zł
FIZYK MEDYCZNY	0,00 zł
TECHNIK	0,00 zł
TERAPEUTA ZAJĘCIOWY	0,00 zł
POZOSTAŁY MEDYCZNY	0,00 zł
RATOWNIK MEDYCZNY	0,00 zł
POZOSTAŁY NIEMEDYCZNY	0,00 zł
SALOWA	0,00 zł
REJESTRATORKA	0,00 zł
SEKRETARKA MEDYCZNA	0,00 zł
OPIEKUN MEDYCZNY	0,00 zł
SANITARIUSZ	0,00 zł



Inne koszty

Koszty nie ujęte we wcześniejszych kategoriach, jeśli występują

Nazwa	Wartość
Łączne koszty	
0,00 zł	

ZASADY - Inne koszty



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