

ZARZĄDZENIE Nr 5/2021

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 11 marca 2021 r.

w sprawie wytycznych odnośnie sposobu przygotowywania i udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej w formie własnych kalkulacji kosztów świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych

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 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania 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, stanowiące **Załącznik** do zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

**WYTYCZNE AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I
TARYFIKACJI ODNOŚNIE SPOSOBU PRZYGOTOWANIA WŁASNEJ
KALKULACJI KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH
W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH**

Koszt pojedynczego świadczenia opieki zdrowotnej stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty realizacji procedury zabiegowej, diagnostycznej albo porady obejmujące koszty: zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, osobowe personelu realizującego procedurę,
2. koszty infrastruktury gabinetu lekarskiego/ gabinetu zabiegowego/ pracowni diagnostyczno–zabiegowej,
3. inne koszty.

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)	121/000000
Charakterystyka świadczenia	
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia	1) koszty typowo zużywanych zasobów (normatyw)
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	2019
Liczba procedur/porad na podstawie, której sporządzono kalkulację kosztów	20
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]	1500
Kod produktu, z którego sprawozdawane (rozliczane) jest świadczenie	5.31.00.0000107
Jeśli dotyczy: kod procedury zabiegowej ICD–9 opisującej świadczenie (jeśli świadczenie opisane jest więcej niż jedną procedurą medyczną należy podać kody ICD–9 po przecinku)	86.21
Średni czas trwania procedury/porady wyrażony w minutach: 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
Pozycja kosztów	Wartość
Koszt infrastruktury (stawka godzinowa pracy gabinetu lekarskiego/ gabinetu zabiegowego/ pracowni diagnostyczno–zabiegowej)	30 zł
Koszt procedury zabiegowej/diagnostycznej lub porady, w tym:	161,67zł
Koszt produktów leczniczych	21 zł
Koszt wyrobów medycznych	30,67 zł

Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych	0 zł
Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury zabiegowej/diagnostycznej lub porady	10 zł
Koszty osobowe	100 zł
Inne koszty	0 zł
RAZEM KOSZTY	161,67 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.

W polu „Średni czas trwania procedury/porady wyrażony w minutach” – to zapis minut, np. 45, 120 (dla 2 godzin).

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

Pola o nazwach „Koszt procedury zabiegowej/ diagnostycznej lub porady, w tym:”, „Koszt produktów leczniczych”, „Koszt wyrobów medycznych”, „Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych”, „Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury zabiegowej/ diagnostycznej lub porady”, „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, 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.

Kategoria 2: 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.

Kategoria 3: 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).

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 realizacji procedury/ porady 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	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)
Morphini Sulfas 10 mg/ml; 10 amp. 1 ml	PL	amp.	10	1,90	11,90
PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	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 sterylne 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/2 ML [X50 AMP.]	PL	amp.	5	1,75	8,75

W arkuszu „*Koszty osobowe*” należy wykazać personel biorący udział w realizacji procedury zabiegowej/diagnostycznej, porady 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/porady w przypadku różnic w kosztach osobowych wynikających ze sposobu wynagradzania personelu za wykonanie tej samej procedury/porady. W poniższej tabeli „*Koszty osobowe*” przedstawiono przykłady poprawnego zapisu danych.

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 podany w minutach w przypadku podania wynagrodzenia za godzinę pracy lub liczba procedur w pozostałych przypadkach	Wartość
86.21	LEKARZ	1	80	1	120	160,00 zł
86.21	PIELĘGNIAR KA	2	60	1	120	240,00 zł

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