

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

Koszt pojedynczego świadczenia stanowi sumę następujących kategorii:

1. koszty realizacji świadczenia obejmujące koszty: zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, osobowe personelu realizującego świadczenie,
2. koszty infrastruktury,
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	Hospicjum Domowe w ...
Charakterystyka świadczenia	
Podstawa sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia	koszty rzeczywiste zużywanych zasobów
Okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	01.01.2023-31.03.2023
Kod produktu rozliczeniowego NFZ	5.15.00.0000149
Łączna liczba osobodni w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	395
Liczba pacjentów w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	5
Sposób realizacji całonocnego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę	Np. pod telefonem
Średnia liczba porad lekarskich w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	6
Standardowy czas porady lekarskiej w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]	30
Średnia liczba wizyt pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	24
Standardowy czas wizyty pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]	60
Średnia liczba wizyt fizjoterapeuty w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	6
Standardowy czas wizyty fizjoterapeuty w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]	60
Średnia liczba porad psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów	2
Standardowy czas porady psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]	60
Pozycja kosztów	
Koszty stałe (koszt infrastruktury, koszty zarządu, poniesione w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów)	0 zł
Koszt świadczenia, w tym:	109 840,30 zł
Koszt produktów leczniczych	908,50 zł
Koszt wyrobów medycznych	902,80 zł
Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych	29,00 zł
Koszt wykorzystania infrastruktury	0,00 zł

Koszty osobowe	108 000,00 zł
Inne koszty	0,00 zł
RAZEM KOSZTY	0,00 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.

W polach:

- „Standardowy czas porady lekarskiej w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]”,
- „Standardowy czas wizyty pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]”,
- „Standardowy czas wizyty fizjoterapeuty w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]”,
- „Standardowy czas porady psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej (bez czasu przeznaczanego na dojazd do pacjenta) [w minutach]”
– to zapis minut, np. 45, 120 (dla 2 godzin).

W polu „Koszty stałe (koszt infrastruktury, koszty zarządu, poniesione w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów)” należy wpisać koszt poniesiony w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje wartość w pozycji „Koszt wykorzystania infrastruktury”.

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.

Pola o nazwach „Koszt świadczenia, w tym:”, „Koszt produktów leczniczych”, „Koszt wyrobów medycznych”, „Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych”, „Koszt wykorzystania infrastruktury”, „Koszty osobowe”, „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 procedury/ porady wraz z wielkością zużycia/ liczbą wykonań oraz ich kosztem poniesione w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów, zgodnie z poniższym wzorem.

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.	240	0,22	52,80 zł
121/000000	Opatrunek	WM	szt.	150	5	750,00 zł
121/000000	Rękawiczki	WM	opakowanie	5	20	100,00 zł
121/000000	PARACETAMOL INJ 1 G/100 ML (x10 FL)	PL	FLAKON	395	2,30	908,50 zł
121/000000	Badanie ogólne moczu	PR	nd	10	2,90	29,00 zł
						0,00 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 poniesionych w okresie, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów. W poniższej tabeli „Koszty osobowe” 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 procedurę/ poradę 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 personelu biorącego udział w realizacji świadczenia	Łączny koszt wynagrodzeń poniesiony w sprawozdawanym okresie
121/000000	LEKARZ	1	38 400 zł
121/000000	PIELĘGNIARKA	2	57 600 zł
121/000000	FIZJOTERAPEUTA	0,5	12 000 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).