

ANALIZA KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W AOTMI

Na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje kosztów: stałe i zmienne. Koszty stałe odpowiadają takim elementom składowym świadczenia jak infrastruktura (rozumiana jako wszystkie koszty poza kosztami osobowymi, leków, wyrobów medycznych, tj., obejmujące koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń i sprzętu, narzuty administracji itp.) oraz koszty osobowe. Koszty zmienne natomiast obejmują zużycie zasobów takich jak produkty lecznicze, wyroby medyczne czy procedury.

Na potrzeby kalkulacji poszczególnych kategorii kosztów gromadzone są różne zbiory danych. Podstawę do oszacowania kosztów stałych stanowią ogólne dane finansowo-księgowe przypisane do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) takich jak oddziały szpitalne, poradnie, zakłady diagnostyczne i inne. Koszty zmienne kalkulowane są natomiast w oparciu o dane kliniczne i kosztowe obejmujące informacje o rodzaju oraz wielkości zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur.

A/ DANE FINANSOWO-KSIĘGOWE

Informacje te gromadzone są przy użyciu opracowanego przez Agencję formularza. Składa się on z kilku części, w których gromadzone są, odrębnie dla każdego OPK, informacje o:

- osiągniętych przychodach,
- kosztach w podziale na określone przez Agencję grupy (koszty osobowe w podziale na kategorie personelu, koszty amortyzacji, ogólnozakładowe, transportu, żywienia, pozostałe),
- kosztach w układzie własnym świadczeniodawcy (o stopniu szczegółowości wynikającym z przyjętego w danym podmiocie planu kont),
- liczbie łóżek, osobodni, sal operacyjnych,
- wymiarze zatrudnienia w podziale na kategorie personelu,
- zrealizowanych świadczeniach,
- wyposażeniu, jego wartości, amortyzacji.

Wartości kosztów w poszczególnych kategoriach określonych przez Agencję weryfikowane są z kwotami z systemu księgowego świadczeniodawcy.

1. Koszty osobowe

Informacja o kosztach osobowych gromadzona jest w podziale na wybrane kategorie personelu, takie jak: lekarz, lekarz rezydent, pielęgniarka, terapeuta, fizjoterapeuta, psycholog, perfuzjonista, technik, fizyk medyczny, dietetyk i inne. Odrębnie ewidencjonowane są dane dotyczące zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych. Dodatkowo w przypadku lekarzy koszty podzielone zostały na pracę w normalnej ordynacji, dyżury w miejscu i pod telefonem oraz wynagrodzenia za procedury. Zgodnie z wytycznymi Agencji, koszty osobowe powinny obejmować koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, 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.

W takim samym podziale gromadzone są informacje o wymiarze zatrudnienia wyrażonym w łącznej liczbie etatów w danym okresie. W celu ujednoczenia przekazywanych danych, zapewnienia ich porównywalności i możliwości analizy, świadczeniodawcy są zobowiązani do przeliczania wszystkich form zatrudnienia na etaty przy założeniu, że jeden etat to 160 godzin pracy w miesiącu.

W trakcie analizy danych obejmujących koszty osobowe wykluczane są przypadki, w których średnia wysokość wynagrodzenia przypadająca na jeden etat jest niższa od wysokości minimalnego wynagrodzenia określonego przepisami prawa. Obliczany jest koszt przypadający na jedną godzinę pracy, zgodnie ze wzorem:

$$\text{Stawka godzinowa} = \frac{\text{koszty wynagrodzeń z umów o pracę} + \text{koszty wynagrodzeń z umów cywilno-prawnych i kontraktów}}{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) / 160 \text{ godz.}}$$

Obliczany jest również średni czas pracy danej kategorii personelu przypadający na jeden osobodzień, zgodnie z poniższym wzorem. Czas pracy obejmuje wszystkie wykonywane czynności, zarówno pracę bezpośrednio przy pacjencie jak i czynności administracyjne, statystyczne, itp. Czas pracy dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę korygowany jest o czas absencji spowodowanej urlopem wypoczynkowym (przyjęto, że czas ten stanowi 10% całkowitego czasu pracy).

$$\text{Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień} = \frac{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) \times 160 \text{ godz.}}{\text{liczba osobodni}}$$

Przy czym liczbę osobodni przyjmuje się dwójako: (1) rzeczywistą liczbę osobodni wskazaną przez świadczeniodawców; (2) liczbę osobodni wynikającą z przyjęcia założenia o efektywnym wykorzystaniu oddziału (średnioroczne obłożenie łóżek na poziomie 74%), a wpływ tego parametru na wysokość kosztów badany jest w analizie wrażliwości.

Dane te wykorzystywane są do obliczania kosztu osobodnia (w przypadku świadczeń szpitalnych) oraz do obliczania kosztu procedury operacyjnej albo świadczeń udzielanych w trybie innym niż hospitalizacja.

2. Koszty infrastruktury

Koszty infrastruktury obliczane są jako koszty całkowite danego OPK pomniejszone o koszty leków, wyrobów medycznych, procedur oraz koszty osobowe.

Mogą one zatem obejmować koszty bezpośrednie i pośrednie takie jak: ogrzewania, energii, wody, podatki i ubezpieczenia (np. od nieruchomości, opłaty skarbowe, sądowe i in.), konserwacji i naprawy sprzętu, zarządu, administracji (księgowość, statystyka, dział rozliczeń itp.), działu gospodarczego, koszty pralni, kuchni, kotłowni, nabycia i utrzymania oraz amortyzacji środków trwałych i inne. Dla środków trwałych całkowicie zamortyzowanych ale nadal pozostających w użyciu obliczana jest amortyzacja odtworzeniowa, co zapobiega „utracie” części kosztów.

Dla OPK będących oddziałami szpitalnymi koszty infrastruktury obliczane są na jeden osobodzień, natomiast w przypadku pozostałych OPK na jedną godzinę.

Dane te wykorzystywane są do obliczania kosztu osobodnia (w przypadku świadczeń szpitalnych) oraz do obliczania kosztu procedury operacyjnej albo świadczeń udzielanych w trybie innym niż hospitalizacja.

3. Koszt osobodnia

Koszty osobodnia obliczane są według następującej reguły:

$$\text{Osobodzień} = (\text{stawka godzinowa kategorii personelu} \times \text{czas pracy na jeden osobodzień}) + \text{koszt infrastruktury na jeden osobodzień}$$

4. Warianty analizy

Analiza danych zazwyczaj prowadzona jest wielokierunkowo, z uwzględnieniem różnych założeń i wynikających z nich scenariuszy, takich jak:

- przyjęcie wszystkich wartości (wynagrodzenia, obłożenie, godziny pracy bloku operacyjnego) w wysokości wynikającej wprost z udostępnionych danych – wartości rzeczywiste,
- przyjęcie założonego poziomu wynagrodzeń (odgórne określenie minimalnych stawek godzinowych poszczególnych/ wybranych kategorii personelu),
- przyjęcie poziomu obłożenia zakładającego efektywne wykorzystanie zasobów: 85% w dni robocze i 50% w dni wolne od pracy (średnio 74%),
- przyjęcie czasu pracy bloku/ pracowni zabiegowej na poziomie pozwalającym na efektywne wykorzystanie zasobów (8/ 10 godzin dziennie),
- przyjęcie modelu zakładającego optymalne wykorzystanie wszystkich zasobów (kapitał ludzki, infrastruktura) przy określonych, ustalonych metodą ekspercką parametrach takich jak obłożenie, czas pracy, normy zatrudnienia personelu czy niezbędne wyposażenie.

Wpływ zmian poszczególnych parametrów na wysokość ponoszonych kosztów badany jest w analizie wrażliwości.

B/ DANE KLINICZNE I KOSZTOWE

Informacje te gromadzone są przy użyciu opracowanego przez Agencję formularza. Składa się on z kilku części, w których gromadzone są, odrębnie dla każdego pojedynczego zrealizowanego świadczenia, informacje o:

- podstawowych danych rozliczeniowych (długość trwania, rozpoznanie, produkt rozliczeniowy),
- podanych pacjentowi produktach leczniczych (nazwa, dawka, podana ilość, koszt jednostkowy),
- wykorzystanych wyrobach medycznych (nazwa, jednostka miary, liczba zużytych, koszt jednostkowy),

- zrealizowanych badaniach laboratoryjnych i procedurach diagnostycznych (nazwa, liczba wykonanych, cena jednostkowa),
- zrealizowanych procedurach zabiegowych (nazwa, czas trwania, liczba i czas zaangażowania personelu, znieczulenie),

Dodatkowo gromadzone są informacje o obrocie magazynowo-aptecznym w okresie, za jaki przekazane zostały dane kliniczne.

Dane weryfikowane są pod kątem ich kompletności. Świadczeniodawcy zobowiązani są do sprawozdania wszystkich zasobów wykorzystanych w trakcie realizacji świadczenia.

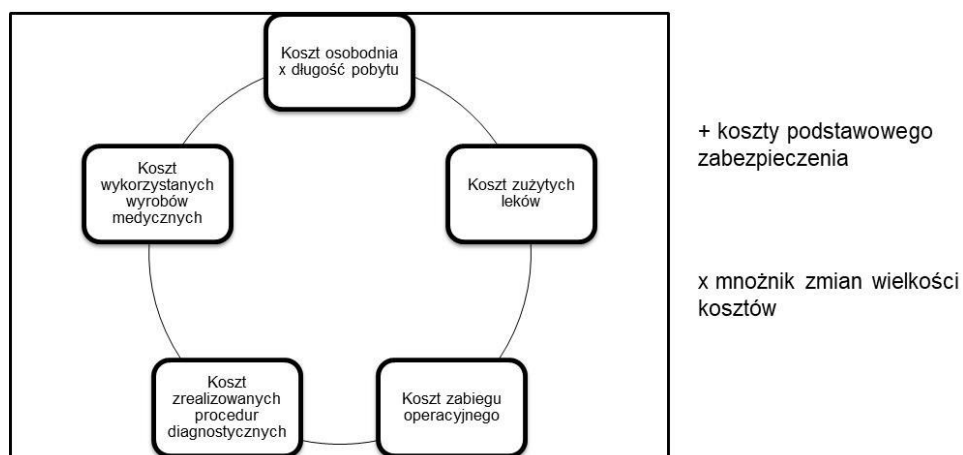
Analiza danych odbywa się w obrębie zdefiniowanego zbioru świadczeń, który mogą stanowić wszystkie przypadki sprawozdane w ramach: (1) danej JGP, (2) danej procedury ICD-9, (3) grupy pacjentów w danym przedziale wiekowym itd. Na podstawie informacji klinicznych dla danego zbioru danych ustalany jest rodzaj oraz średnia wielkość i koszt zużycia poszczególnych zasobów. Wielkości te konsultowane są z ekspertem klinicznym i, w razie konieczności, korygowane.

C/ KOSZT ŚWIADCZENIA

Koszt świadczenia obliczany jest jako suma następujących elementów, uśrednionych w obrębie danego zbioru:

- koszt pobytu (koszt osobodnia x długość pobytu) albo koszt osobowy i infrastruktury (dla świadczeń innych niż szpitalne),
- koszt zużytych leków,
- koszt wykorzystanych wyrobów medycznych,
- koszt zrealizowanych badań laboratoryjnych i procedur zabiegowych,
- koszt procedury zabiegowej (w przypadku świadczeń zabiegowych).

Suma ta powiększana jest o koszty podstawowego zabezpieczenia (tam gdzie ma zastosowanie) oraz mnożnik zmian wielkości kosztów.



Koszt świadczenia, w zależności od dostępności danych, może być kalkulowany według różnych podejść: (1) na poziomie pojedynczego pacjenta, (2) uśredniany w obrębie danego świadczeniodawcy albo (3) na poziomie danego zasobu. Wpływ zmian poszczególnych podejść na wysokość całkowitych kosztów świadczenia badany jest w analizie wrażliwości.

1. Zabieg operacyjny

Sposób obliczenia kosztu zabiegu operacyjnego przedstawić można w poniższy sposób:

Koszt procedury = (stawka godzinowa personelu x czas zaangażowania personelu) + (godzinowy koszt infrastruktury x czas zajętości sali) + koszt znieczulenia + koszt leków + koszt wyrobów medycznych + koszt ewentualnych procedur diagnostycznych

Informacje o rodzaju oraz liczbie personelu biorącego udział w zabiegu pochodzą z danych udostępnianych przez świadczeniodawców i, w razie konieczności, konsultowane są z ekspertami klinicznymi. Koszty leków i wyrobów medycznych szacowane są analogicznie jak zostało to wskazane wcześniej. Natomiast koszt znieczulenia obliczany jest dwojako: (1) jako suma kosztów osobowych, leków i wyrobów medycznych albo (2) jako całościowa usługa wyceniona przez świadczeniodawcę.

2. Koszty podstawowego zabezpieczenia świadczeń

Koszty te związane są z realizacją świadczeń ratujących życie, realizowanych w trybie nagłym. Wynikają z konieczności utrzymania w gotowości dyżuru na bloku operacyjnym oraz innych pracowniach zabiegowych.

Koszty podstawowego zabezpieczenia świadczeń liczone są jako koszt dyżuru zespołu pielęgniarek instrumentariuszek, pielęgniarki anestezyjologicznej i lekarza anestezjologa, chyba że specyfika zabiegu wymaga innego zespołu (np. perfuzjonista w przypadku operacji kardiochirurgicznych). Zakłada się, że zabieg wykonuje lekarz operator pełniący dyżur na oddziale, a koszt tego dyżuru uwzględniony jest w koszcie osobodnia. Wysokość kosztu przypadającego na jedno świadczenie obliczana jest jako iloczyn kosztu godziny pozostawania w gotowości oraz czasu trwania procedury zabiegowej/ operacyjnej. Natomiast koszty utrzymywania w całodobowej gotowości pracowni diagnostycznych i innych jednostek powinny być ujęte przez świadczeniodawców w kalkulacji kosztów poszczególnych procedur.

Uwzględnienie kosztów podstawowego zabezpieczenia w taryfie świadczeń jest omawiane z Radą ds. Taryfikacji.

Przyjęte podejście jest jednym z wielu możliwych do zastosowania. Może zatem ulec zmianie w przypadku wypracowania bardziej adekwatnej metody.

3. Mnożnik zmian wielkości kosztów

Obliczany jest co roku jako średnia ważona dla następujących kategorii kosztów:

- wynagrodzeń (wskaźnik zmian wynagrodzeń),
- amortyzacji (średni ważony koszt kapitału),
- kosztów operacyjnych (wskaźnik zmian cen).

Zastosowanie mnożnika ma na celu nie tylko aktualizację taryfy na dzień jej wydania ale również określenie kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi (tzw. premia na rozwój).