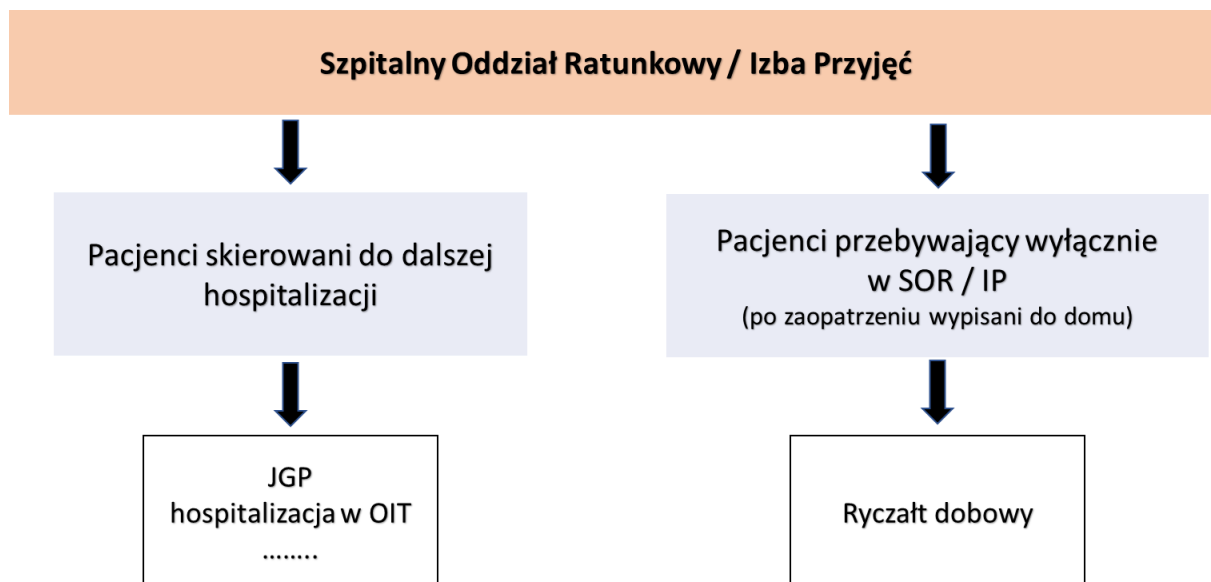




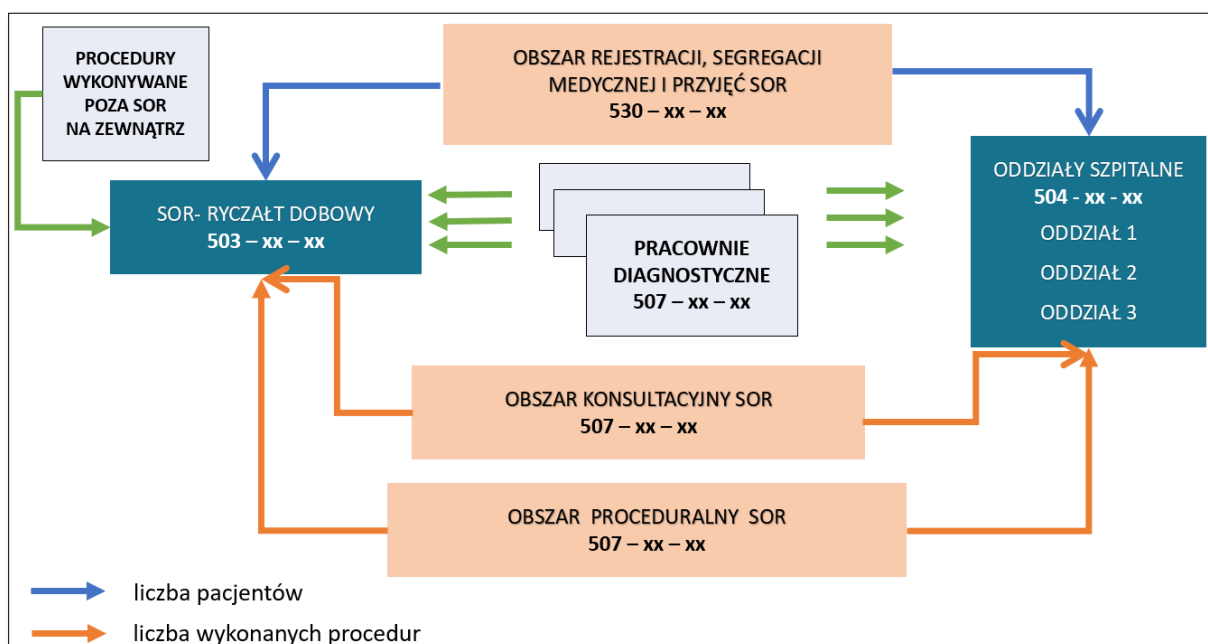
## ZASADY TWORZENIA OŚRODKÓW POWSTAWANIA KOSZTÓW W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM / IZBIE PRZYJĘĆ

Pacjenci trafiający do SOR i/lub Izby Przyjęć, po zaopatrzeniu są wypisywani do domu albo kierowani do dalszej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy. Koszty zaopatrzenia pacjentów z pierwszej grupy finansowane są w ramach ryczału dobowego, natomiast pozostali rozliczani są w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), osobodni, punktów według Terapeutycznej Skali Interwencji Medycznych (TISS) lub innych świadczeń. Z uwagi na różne źródła finansowania, niezbędne jest wydzielenie OPK, które służyć będzie rozdzieleniu tych kosztów.



Podział na obszary w SOR określony został w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Dla ułatwienia, w Rozporządzeniu dotyczącym standardu rachunku kosztów zaproponowano połączenie wybranych obszarów i wydzielenie, na etapie ewidencji kosztów, dwóch lub trzech OPK (trzeci opcjonalnie, np. w przypadkach dużych SOR z salą zabiegową/operacyjną):

1. Obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR (kod funkcji 530),
2. Obszar konsultacyjny SOR (kod funkcji 507),
3. Obszar proceduralny SOR (kod funkcji 507).



**Obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR i/lub IP jest OPK działalności pomocniczej, o kodzie funkcji 530, na którym ewidencjonowane powinny być koszty związane z rejestracją, segregacją medyczną<sup>1</sup> i przyjęciem**

<sup>1</sup> zgodnie z § 6. pkt 7. w/w Rozporządzenia MZ segregacja medyczna polega na przeprowadzeniu wywiadu medycznego i zebraniu danych służących ocenie stanu zdrowia osoby, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i zakwalifikowaniu jej do jednej z kategorii pilności przyjęć, tzw. triage. Stąd, ta część segregacji medycznej powinna być ujęta w OPK 530. Natomiast, jeśli w ramach segregacji medycznej dodatkowo jest dokonywany pomiar poziomu glukozy we krwi, mierzenie temperatury ciała, jest wykonywane badanie EKG itp. a więc wykonuje się procedurę medyczną, wówczas koszty te jak wszystkie związane z wykonywaniem procedur medycznych w SOR, ujęte są w OPK 507 Obszar Proceduralny SOR)

wszystkich świadczeniobiorców SOR, również tzw. koszty wspólne (obejmujące poczekalnie, korytarze, toalety itp.). W tym OPK należy ewidencjonować również koszty personelu niemedycznego oraz osób nadzorujących pracę całego SOR i/lub IP. Finalnie, koszty tego OPK są rozliczane na OPK związany z ryczałtem dobowym, w przypadku pacjentów wypisanych do domu po zaopatrzeniu (503 SOR RYCZAŁT DOBOWY) oraz na oddziały szpitalne, w przypadku pacjentów skierowanych do dalszej hospitalizacji u świadczeniodawcy (504 ODDZIAŁY SZPITALNE), proporcjonalnie do liczby zarejestrowanych pacjentów.

**Obszar konsultacyjny SOR i/lub IP** jest OPK proceduralnym, o kodzie funkcji 507. Gromadzone są na nim koszty gabinetów lekarskich, w których pacjenci trafiający na SOR i/lub IP są badani przez lekarzy specjalistów. Na tym OPK powinny być ujmowane koszty wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek (jeśli uczestniczą w tych konsultacjach) oraz wszelkie inne koszty bezpośrednie i pośrednie w nim poniesione, np. amortyzacja, energia, koszty prania, sprzątnięcia, itd. odnoszące się do pomieszczeń, w których udzielane są konsultacje. Finalnie, koszty tego OPK są rozliczane na OPK związany z ryczałtem dobowym, w przypadku pacjentów wypisanych do domu po zaopatrzeniu (503 SOR RYCZAŁT DOBOWY) oraz na oddziały szpitalne, w przypadku pacjentów skierowanych do dalszej hospitalizacji u świadczeniodawcy (504 ODDZIAŁY SZPITALNE), wartością wycenionych konsultacji (iloczyn liczby konsultacji oraz jednostkowego kosztu wytworzenia, tj. jak w przypadku pozostałych procedur w SOR i/lub IP).

**Obszar proceduralny SOR i/lub IP** jest OPK proceduralnym, o kodzie funkcji 507, w którym ujmowane są koszty osobowe lekarzy i pozostałego personelu, który bierze udział podczas wykonywanych procedur medycznych (zabiegów, operacji

itp.). Powinny być tu ujęte koszty wszystkich pozostałych procedur wykonywanych na SOR i/lub IP (poza obszarem konsultacyjnym). Finalnie, koszty tego OPK są rozliczane na OPK związany z ryczałtem dobowym, w przypadku pacjentów wypisanych do domu po zaopatrzeniu (503 SOR RYCZAŁT DOBOWY) oraz na oddziały szpitalne, w przypadku pacjentów skierowanych do dalszej hospitalizacji u świadczeniodawcy (504 ODDZIAŁY SZPITALNE), proporcjonalnie do liczby i wartości wykonanych procedur medycznych.

W uzasadnionych przypadkach, np. mniejszych jednostkach, oba OPK 507 Obszar konsultacyjny i 507 Obszar proceduralny SOR i/lub IP mogą zostać połączone w jeden OPK.

Koszty badań diagnostycznych/laboratoryjnych i innych zleconych na SOR i/lub IP, wykonanych we własnych pracowniach świadczeniodawcy w trakcie pobytu świadczeniobiorcy na SOR i/lub IP (ale także zakupione na zewnątrz) mają zostać przypisane „za pacjentem” bezpośrednio albo do oddziału (504) albo do SOR i/lub IP Ryczałt Dobowy (503).

W OPK działalności podstawowej **503 SOR i/lub IP RYCZAŁT DOBOWY** gromadzone są koszty związane tylko z leczeniem świadczeniobiorców rozliczanych w ramach ryczałtu dobowego.