

Projekt liczenia kosztów usług medycznych i Agencji Taryfikacji

# Czarno na białym

Michał Kamiński

Powołanie niezależnej Agencji Taryfikacji Kosztów Świadczeń Medycznych to duże przedsięwzięcie, ale istnieje możliwość – w półrocznej perspektywie – zbudowania systemu liczenia kosztów pracy w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce.

Obowiązujące rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie liczenia kosztów w zakładach opieki zdrowotnej jest na tyle ogólne, że uniemożliwia zbieranie i porównywania danych pomiędzy szpitalami w Polsce. Powoduje to sytuację, w której – o ile nieliczna grupa szpitali liczy koszty usług medycznych – nie można ich agregować i porównywać pomiędzy zoz-ami. Wobec powyższego, aby rzeczywiście wyliczyć koszty usług medycznych i określić wartość pracy białego personelu, należy zacząć od zmiany rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie liczenia kosztów, stworzyć normatywną kartę, wg której zostaną policzone koszty, a następnie w formie elektronicznej zebrać informacje kosztowe.

## Prawo

Koszt wytworzenia produktu (usługi) obejmuje koszty pozostające w bezpośrednim związku z danym produktem (usługą) oraz uzasadnioną część kosztów pośrednio związanych z wytworzeniem danego produktu (usługi). Koszty bezpośrednie i pośrednie zaliczane do kosztów wytworzenia obejmują różnego rodzaju tytuły wymienione w ustawie o rachunkowości z 29 września 1994 r. z późniejszymi zmianami (DzU Nr 76, poz. 694), która definiuje koszty, jak również w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

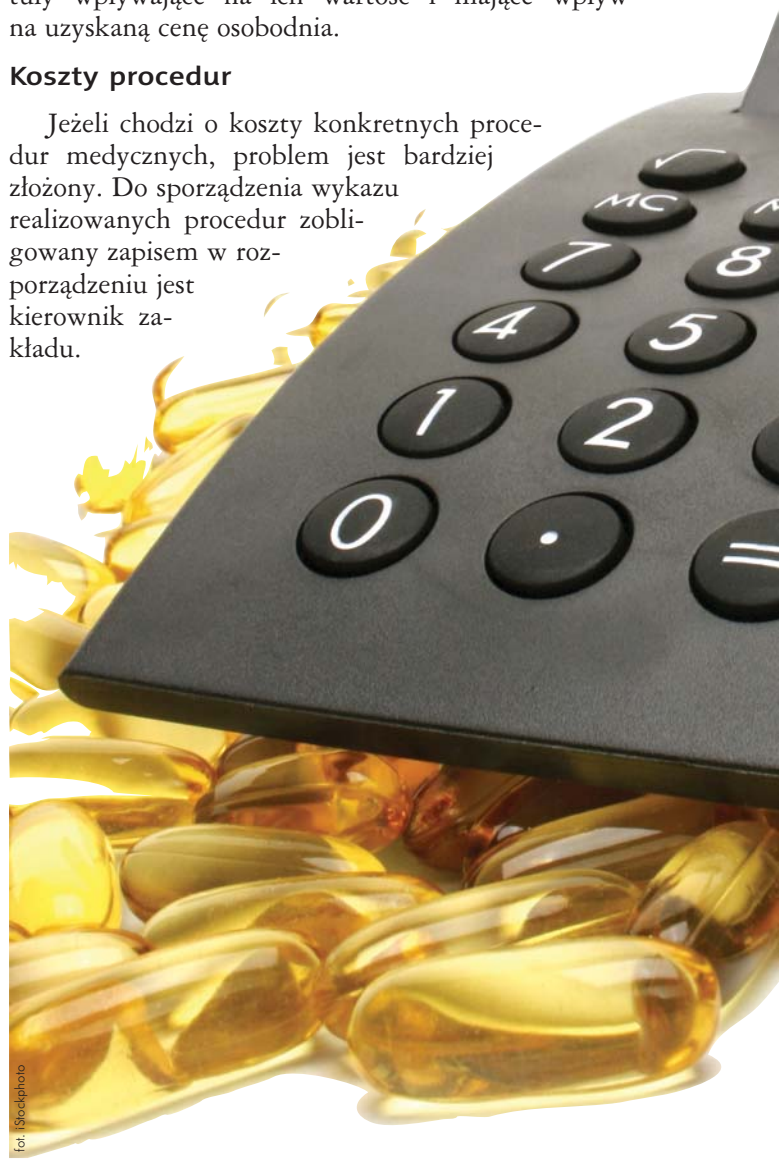
## Koszty osobodnia

Podczas kalkulacji kosztów osobodnia niezbędny jest zabieg podziału kosztów na koszty stałe, niezwiązane z liczbą przyjętych pacjentów czy też wykonanych na ich rzecz świadczeń, oraz koszty zmienne, zależne w sposób proporcjonalny od liczby usług. Trzecim elementem wpływającym na koszty osobodnia na oddziale szpitalnym są koszty zarządu i ogólnozakładowe w części dotyczącej oddziału, ujęte jako koszty pośrednie. Suma tych kosztów, podzielo-

na przez liczbę osobodni w danych okresie stanowi koszt osobodnia. Zarówno koszty stałe, jak i zmienne oraz koszty zarządu winny uwzględniać wszystkie tytuły wpływające na ich wartość i mające wpływ na uzyskaną cenę osobodnia.

## Koszty procedur

Jeżeli chodzi o koszty konkretnych procedur medycznych, problem jest bardziej złożony. Do sporządzenia wykazu realizowanych procedur zobligowany zapisem w rozporządzeniu jest kierownik zakładu.



„ Sposób liczenia zwany *czwórkami* jest najprostszy i najmniej pracochłonny, jednak daje zbyt ubogą wiedzę na temat kosztów działalności „



Sam osobiście lub osoba przez niego wyznaczona ma również obowiązek dla każdej z procedur umieszczonej w wykazie sporządzić ilościowe zestawienie zużytych materiałów i czasu pracy personelu biorącego udział w procedurze. Pojawiają się różnorodne procedury medyczne związane z główną chorobą pacjenta, jak i rozpoznania dodatkowe, które również są lecznicze, a także koszty leczenia operacyjnego itp. W tym przypadku, z uwagi na ogromną różnorodność przypadków, każdą procedurę trzeba traktować indywidualnie, biorąc pod uwagę jej absorpcję kosztów, takich jak czas czy praca.

### Koszt pracy

Koszty pracy i ich rozliczanie okazują się być sprawą najbardziej skomplikowaną. Należy bowiem uwzględnić kompetencje, wiedzę, wykształcenie, umiejętności i inne cechy *abstrakcyjne* ludzi wykonujących dane procedury i odpowiednio je wycenić. Nie można bowiem traktować jednakowo np. wszystkich procedur dokonywanych na bloku operacyjnym. Proponowana kalkulacja pozwala na odróżnienie zabiegów od *typowych* operacji i od skomplikowanych operacji pod względem kosztów pracy. Dzięki temu można uniknąć przekłamań w rozliczeniach kosztów, które takiej hierarchizacji nie uwzględniają. Metoda zastosowana w proponowanej kalkulacji oparta jest na kalkulacji podziałowej ze współczynnikami.

### Czwórki czy piątki

Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w §2.2 wyszczególnia, co powinna zawierać ewidencja kosztów w układzie rodzajowym, prowadzona zarówno dla kosztów bezpośrednich, jak i pośrednich. Jest to typowy układ rodzajowy kosztów, nazywany potocznie *czwórkami*, gdyż księgowania tych pozycji odbywają się na kontach zespołu 4. Jest to układ obejmujący:

- zużycie materiałów, w tym leków, żywności, sprzętu jednorazowego użytku, odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych, paliwa,
- zużycie energii,
- usługi obce, w tym remontowe, transportowe, medyczne obce i pozostałe,
- podatki i opłaty, wynagrodzenia, w tym ze stosunku pracy, umów zleceń i o dzieło,
- świadczenia na rzecz pracowników, w tym składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, fundusz pracy, odpisy na zakładowy fundusz świadczeń,
- amortyzację,
- pozostałe koszty, w tym podróże służbowe, ubezpieczenia OC i majątkowe.

Taki układ kosztów jest niewątpliwie najprostszy i najmniej pracochłonny, jednak daje zbyt ubogą wie-



dzę na temat kosztów działalności, gdyż nie informuje o celach, na jakie koszty poniesiono. Z uwagi na to należy ewidencję rozszerzyć o ewidencję wg typów działalności, czyli tzw. *piątki*, które obejmują koszty:

- wydziałów podstawowych,
- wydziałów pomocniczych,
- zarządu,
- zakupu,
- sprzedaży.

Tak ewidencjonowane koszty umożliwiają identyfikację kosztów pod względem celu, na jaki zostały spożytkowane, co z kolei daje rzetelne kwoty, jakie należy ująć przy kalkulacji kosztu wytworzenia usługi.

### Activity Based Costing

Na uwagę również zasługuje fakt wyodrębnienia i zdefiniowania pojęcia miejsc powstawania kosztów jako ośrodków kosztów, nośników kosztów, a także zainteresowanie kosztami procedur, podejście do rachunku kosztów wg instrukcji zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. Według ustawy może być ono zbliżone w niektórych elementach do metody zwanej rachunkiem kosztów działań (*Activity Based Costing*) potocznie zwanej metodą ABC. Rachunek kosztów działań nie jest systemem radykalnie różniącym się od tradycyjnego rachunku kosztów pełnych. Jest on jedynie rozwiniętą jego odmianą, kładącą duży nacisk na dokładne rozliczenie kosztów pośrednich. W celu rozliczania kosztów działań na konkretne usługi konieczne jest sporządzenie wykazu realizowanych działań lub procesów (*activities*), wyliczenie kosztów działań (*cost pools*) oraz trafne określenie miary wielkości każdego działania (*cost drivers*).

### Opis metodologii liczenia kosztów

Koszty zostaną wyliczone w oparciu o kartę technologiczną. Dane kosztowe będą zbierane na podstawie tabel zawartych w karcie kosztowej.

**Część A – koszty osobodnia pobytu w oddziale szpitalnym**

**Uwaga:** Część A jest wypełniana jednorazowo dla wszystkich leczonych przypadków, w tym wykazanych w pozostałych częściach – dotyczy kosztów osobodnia oddziału szpitalnego rozliczanych w ciągu całego roku.

1. Koszty stałe razem, w tym:

- koszty pracy: w kosztach pracy należy uwzględnić: wynagrodzenia osobowe, wynagrodzenia bezosobowe (zlecenia, umowy o dzieło), składki na ubezpieczenie społeczne, składki na FP, koszty usług medycznych (w przypadku wykonywania zawodu w ramach kontraktu), odpis na ZFSS;
- koszty materiałów: nie uwzględniają kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz żywności; koszty materiałów uwzględniają koszty wyrobów medycznych niewymienionych w części B-2 (drobnego sprzętu jednorazowego, rozliczanego wspólnie dla komórki organizacyjnej, niewidocznego w historii choroby);
- koszty usług: obejmują usługi zewnętrzne, np. sprzętanie, pranie, wodę i ścieki, telefony; nie uwzględniają wynagrodzeń wypłacanych na podstawie umów zleceń, kontraktów lekarzy i innych pracowników medycznych, a także usług zewnętrznych na rzecz komórek organizacyjnych wspólnych, uwzględnionych w kosztach ogólnozakładowych (również żywienia, sterylizacji, transportu – uwzględnionych w pozycji 2);
- koszty energii: uwzględniają koszty dostawy ciepła, energii elektrycznej, rozliczanych wg licznika dla komórki organizacyjnej lub wynikających z metodologii podziału kosztów;
- amortyzacja: obejmuje wszystkie środki trwałe wg ksiąg inwentarzowych dla komórki organizacyjnej oraz wydatki poniesione w ciągu roku na zakup niskocennych środków trwałych, nie obejmuje amortyzacji budynków szpitala ujętych w kosztach ogólnozakładowych, chyba że oddział szpitalny znajduje się w odrębnym budynku, którego koszty są wydzielone w księgach finansowych.

2. Koszty zmienne razem, w tym:

- koszty żywienia: wydatki poniesione na zakup środków żywności i koszty związane z obsługą kuchni (catering), wynikające z podziału kosztów przypadające na komórkę organizacyjną;
- koszty transportu: koszty transportu chorych na zlecenie komórki organizacyjnej;
- koszty sterylizacji: koszty sterylizacji poniesione w komórce organizacyjnej lub na zlecenie komórki organizacyjnej, w tym wynikające z podziału kosztów przypadające na komórkę organizacyjną, jeżeli sterylizacja jest wydzieloną komórką organizacyjną.



3. Koszty zarządu i koszty ogólnozakładowe w części dotyczącej oddziału, liczone jako koszty pośrednie razem, w tym:

- koszty administracji: obejmują koszty działów administracji, marketingu i innych przypadających na komórkę organizacyjną,
- podatki i opłaty: wszystkie koszty związane z podatkami i opłatami,
- ubezpieczenie OC: obejmuje również inne ubezpieczenia, w tym majątkowe,
- usługi zewnętrzne: w tym opłaty pocztowe, transportu ogólnozakładowego, ochrony,
- inne koszty pośrednie (apteka, izba przyjęć): wynikające z podziału kosztów ogólnozakładowych przypadających na komórkę organizacyjną.

#### Część B

Część wspólna, jednakowa dla odcinków B – 1, B – 2, B – 3, B – 4:

- kod świadczenia: wg katalogu świadczeń szpitalnych NFZ (...);
- nazwa świadczenia: wg katalogu świadczeń NFZ;
- numer księgi głównej: numer księgi głównej nadany przy przyjęciu i uwidoczniony w historii choroby;
- dni pobytu: wszystkie dni pobytu pomniejszone o jeden (pierwszy i ostatni liczone jako jeden);
- rozpoznanie główne: zgodnie z rozpoznaniem w historii choroby (np. jednostronna przepuklina pachwinowa – kod ICD);
- rozpoznanie dodatkowe: jest zaznaczone w historii choroby;
- procedury: zgodnie z księgą operacyjną.

**Część B – 1: koszty leczenia farmakologicznego wg danych z apteki szpitalnej i cen, np.:**

- nazwa handlowa – Calpol 80
- nazwa międzynarodowa – paracetamol
- postać – czopki doodbytnicze
- jedn. miary – opakowanie (10 czopków)
- liczba jednostek – 4
- cena jednostkowa – 0,78
- wartość – 3,12

**Część B – 2: koszty zastosowanych wyrobów medycznych**

- tylko te wyroby medyczne, które wpisano do historii choroby

**Część B – 3: koszty zleconych badań diagnostycznych**

- na podstawie historii choroby wg kosztów z rozliczenia wewnętrznego, np.: nazwa badania diagnostycznego – grupa krwi AB0 i Rh  
liczba badań – 1  
cena – 15  
wartość – 15

**Część B – 4: koszty rehabilitacji leczniczej**

- dotyczy zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych w ramach kosztów leczenia szpitalnego.

Część A		KARTA KOSZTOWA ŚWIADCZENIA	
nazwa ZOZ: .....			
Koszty osobodnia w oddziale .....		(średnia na rok) #CZELUJ	
.....		swęgi:	
1. Koszty stałe <sup>1</sup> razem		0,00	
w tym:			
koszty pracy <sup>2</sup>			
koszty materiałów <sup>3</sup>			
koszty usług <sup>4</sup>			
koszty energii <sup>5</sup>			
amortyzacja <sup>6</sup>		wg ksiąg rachunkowych	
2. Koszty zmienne <sup>1</sup> razem		0,00	
w tym:			
koszty żywienia			
koszty transportu			
koszty sterylizacji			
3. Koszty zarządu i koszty ogólnozakładowe w części dotyczącej oddziału, liczone jako koszty pośrednie <sup>1</sup> razem		0,00	
jako koszty pośrednie w części dotyczącej oddziału			
w tym:			
koszty administracji			
podatki i opłaty			
ubezpieczenie OC			
usługi obce		wg. odcinka obiektu	
inne koszty pośrednie (apteka, izba przyjęć)		bez kosztów obsługi zleceń	
koszty finansowe			
Informacje dodatkowe:			
1) liczba łóżek etatowych			
2) liczba osobodni leczenia			
3) liczba osób leczonych		wg księgi oddziałowej	
4) liczba etatów lekarzy			
5) liczba pracujących lekarzy			
w tym:			
a) samodzielnych pracowników nauki		z tytułem dr. hab. lub prof.	
b) specjalistów			
c) innych lekarzy		w tym wsołtarzawczy	
6) liczba etatów pielęgniarek		lub położnych	
7) liczba etatów innych pracowników			

<sup>2</sup> w kosztach pracy należy uwzględnić: wynagrodzenia osobowe, wynagrodzenia bezosobowe (złecenia, umowy o dzieło), składki na ubezpieczenie społeczne, składki na FP, koszty usług medycznych (w przypadku wykonywania zleceń w ramach kontraktu), odpis na ZPSS, inne świadczenia na rzecz pracowników  
<sup>3</sup> koszty materiałów nie uwzględniają kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz żywności, koszty materiałów uwzględniają również koszty wyrobów medycznych (drobnego sprzętu jednorazowego nie uwidocznionego w historii choroby)  
<sup>4</sup> koszty usług obejmują usługi zewnętrzne, np. sprzążanie, pranie, wodę i ciepło, telefon  
<sup>5</sup> koszty energii elektrycznej, doładowanie ciepła  
<sup>6</sup> amortyzacja obejmuje wszystkie środki trwałe wg ksiąg inwentaryzacyjnych

- obejmuje zabiegi zlecane przez lekarza, w tym prowadzone przez fizjoterapeutę;
- należy wypełnić na podstawie historii choroby wg kosztów z rozliczenia wewnętrznego.

#### Część C – 1

- A. koszty bloku operacyjnego – wypełnia się automatycznie (wylicza się na podstawie stawki za 1 minutę użytkowania razy czas operacji w minutach);
- B. koszty opieki anestezjologicznej razem, w tym – wypełnia się automatycznie;
- konsultacja anestezjologa i kwalifikacja do zabiegu (wylicza się automatycznie, na podstawie wartości 1,0 stawki godzinowej anestezjologa z części D);
  - opieka anestezjologa w trakcie znieczulenia (wylicza się automatycznie, na podstawie wartości stawki godzinowej razy czas zabiegu w minutach);
  - pomoc pielęgniarki anestezjologicznej (wylicza się automatycznie, na podstawie wartości stawki godzinowej razy czas zabiegu w minutach + 0,5 stawki godzinowej na sprzężenie + 0,5 stawki godzinowej na wybudzenie);
  - zużyte leki i materiały w trakcie znieczulenia, wg karty znieczulenia – wypełnia się automatycznie;
- C. koszty jednorazowych materiałów medycznych, wg karty znieczulenia – wypełnia się automatycznie; czas trwania zabiegu (w minutach) – należy wypełnić zgodnie z księgą operacyjną; rodzaj znieczulenia – należy wypełnić zgodnie z kartą znieczulenia; określenie zabiegu – należy wypełnić treścią, zgodnie z księgą operacyjną w skrócie; kod ICD-9CM – należy wypełnić wg Międzynarodowej Klasyfika-

cji Procedur Medycznych; powikłania – w przypadku postępowania zabiegowego należy wypełnić zgodnie z księgą operacyjną, w przypadku postępowania zachowawczego należy wskazać przyczynę powikłań, zgodnie z historią choroby; kod ICD-10 – kod powikłania wg MKC.

– Koszty leków i materiałów zużytych w trakcie znieczulenia – na podstawie karty znieczulenia.

#### Część C – 2

Koszty leczenia operacyjnego ogółem, w tym:

– koszty jednorazowych materiałów medycznych zużytych w trakcie zabiegu – należy wpisać wszystkie wyroby medyczne, zużyte przez zespół operacyjny i wykazane w księdze operacyjnej – należy wpisać liczbę, cenę zakupu zgodnie z zasadą księgową: *pierwsze weszło, pierwsze wyszło*.

**Część D – koszty bloku operacyjnego (sali operacyjnej, zabiegowej)**

- miejscowość: wg rejestru zoz
- koszty sali operacyjnej (w przeliczeniu na 1 godzinę): wyliczane automatycznie
- liczba wszystkich operacji w danym roku: na podstawie księgi operacyjnej (informacja dodatkowa)
- czas trwania wszystkich operacji w godzinach – wg księgi operacyjnej
- liczba sal operacyjnych (informacja dodatkowa)

• liczba sal operacyjnych pozostających codziennie w gotowości (średniorocznie – informacja dodatkowa)

1. Koszty stałe razem
2. Koszty zmienne razem
3. Koszty zarządu i koszty ogólnozakładowe w części dotyczącej bloku operacyjnego (sali operacyjnej), liczone jako koszty pośrednie razem – wg informacji dotyczącej części A

**Uwaga:** należy uwzględnić wszystkie wskazane elementy kosztowe uwidocznione w księgach finansowych w ciągu całego roku.

#### Część E – koszty opieki anestezjologicznej

1. Przyjęta wartość stawki godzinowej brutto anestezjologa – na podstawie umowy.
2. Przyjęta wartość stawki godzinowej brutto pielęgniarki anestezjologicznej – na podstawie umowy.

Doświadczenia i wnioski płynące z projektu powinny dostarczyć informacji dla prac nad nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU 98 Nr 164, poz. 1194).

### Projekt Agencji Taryfikacji – niezależnej eksperckiej agencji rządowej

Rozdzielenie zadań związanych z oceną efektywności klinicznej i ekonomicznej od taryfikacji usług medycznych umożliwi rzeczywiste policzenie kosztów usług medycznych i ich wycenę. Ponadto zostaną w ten sposób rozwiązane problemy związane ze sprawozdawczością i agregacją danych.

Początek działania systemu w sprawie liczenia kosztów zakłada przyjęcie *status quo*, tzn. zaakceptowanie obecnej wyceny NFZ i jej stopniową weryfikację, zaczynając od procedur najbardziej kosztochłonnych. W pierwszej kolejności Agencja Taryfikacji powinna w szczególny sposób nadzorować procedury medyczne, które charakteryzują się wysokim kosztem, są ważnym problemem społecznym i budzą wątpliwości w środowisku specjalistów medycznych. Przykładem mogą być choroby nowotworowe.

#### Zadania

- taryfikacja świadczeń zdrowotnych (opracowanie katalogu cen usług medycznych i porównanie ich z poziomem finansowania przez NFZ),
- opracowanie zunifikowanej metodologii liczenia kosztów,
- przygotowanie i opracowanie narzędzia do zbierania i liczenia kosztów usług medycznych oraz raportów kosztowych,
- opracowanie nowego rozporządzenia ds. liczenia kosztów usług medycznych,
- stworzenie baz danych związanych z liczeniem kosztów usług medycznych,

**Część C - 1 KARTA KOSZTOWA PRZYPADKU**

Koszty leczenia operacyjnego ogółem, w tym:

A. koszty bloku operacyjnego <sup>1)</sup>	0,00
B. koszty opieki anestezjologicznej razem, w tym:	0,00
a) konserwacja anestezjologa i kwalifikacja do zabiegu <sup>2)</sup>	0,00
b) opieka anestezjologa w trakcie znieczulenia <sup>2)</sup>	0,00
c) pomoc pielęgniarki anestezjologicznej <sup>2)</sup>	0,00
d) zużyte leki i materiały w trakcie znieczulenia (wg karty znieczulenia) <sup>3)</sup>	0,00
C. koszty jednorazowych materiałów medycznych (wg karty znieczulenia) <sup>3)</sup>	0,00

czas trwania zabiegu (w minutach) \_\_\_\_\_ min.

rodzaj znieczulenia \_\_\_\_\_

określenie zabiegu \_\_\_\_\_ ICD-9 CM \_\_\_\_\_

lp.	* koszty leków i materiałów jednorazowych zużytych w trakcie znieczulenia, w tym:	liczba jednostek	cena jednostkowa	wartość
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
razem				0,00

**dotyczy leków i materiałów stosowanych w czasie znieczulenia - część anestezjologiczna**

<sup>1)</sup> wyliczone na podstawie stawki za 1 minutę użytkowania x czas operacji w minutach

<sup>2)</sup> należy przyjąć wartość 1,0 stawki godzinowej anestezjologa z części D

<sup>3)</sup> należy przyjąć wartość stawki godzinowej x czas zabiegu w pełnych kwadransach + 0,5 stawki godzinowej na wybudzenie

**Uwaga:** dane źródłowe na podstawie księgi bloku lub sali operacyjnej (porodowej) oraz karty znieczulenia

powikłania po zabiegu i w trakcie leczenia \_\_\_\_\_ kod ICD-10 \_\_\_\_\_

koszty rewizji operacyjnej w przypadku powikłań, liczone jak powyżej \_\_\_\_\_

strona 5

Część D KOSZTY BLOKU OPERACYJNEGO (sali operacyjnej, zabiegowej)		
średnio w okresie rocznym		
nazwa zoz	<input type="text"/>	
kod pocztowy	mięszowolność	<input type="text"/>
REGION	<input type="text"/>	
koszty sali operacyjnej (w przeliczeniu na 1 godzinę)	<input type="text"/>	
liczba sal operacyjnych	<input type="text"/>	
liczba sal operacyjnych pozostających codziennie w gotowości (średniorocznie)	<input type="text"/>	
1. Koszty pracy	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text"/>
zatrudnienie (liczba etatów przełicznycowych średniorocznie)	<input type="text"/>	
wynagrodzenia osobowe i bezosobowe	<input type="text"/>	
składek na ubezpieczenie społeczne i FP	<input type="text"/>	
odpisy na ZFSS	<input type="text"/>	
inne świadczenia na rzecz pracowników	<input type="text"/>	
2. Koszty pozostałe (bez kosztów zarządu)	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text"/>
powierzchnia całkowita bloku operacyjnego (sali zabiegowej) - w m <sup>2</sup>	<input type="text"/>	
zużycie energii	<input type="text"/>	
dostawa ciepła	<input type="text"/>	
zużycie materiałów wspólnych	<input type="text"/>	
usługi (woda i ścieki, wywóz śmieci, pranie, telefony)	<input type="text"/>	
zakup wyposażenia wspólnego	<input type="text"/>	
amortyzacja środków trwałych wspólnych	<input type="text"/>	
amortyzacja instrumentarium wielokrotnego użytku	<input type="text"/>	
sterylizacja odpadów medycznych	<input type="text"/>	
sterylizacja instrumentarium wielokrotnego użytku	<input type="text"/>	
3. Koszty zarządu	<input type="text"/>	
<small>* dotyczy tylko pracowników zatrudnionych etatowo w bloku operacyjnym, w tym instrumentalistyki</small>		
Część E KOSZTY OPIEKI ANESTEZJOLOGICZNEJ		
Koszty opieki anestezjologicznej		
1. Przyjęta wartość stawki godzinowej brutto anestezjologa	<input type="text"/>	
2. Przyjęta wartość stawki godzinowej brutto pielęgniarstwa anestezjologicznego	<input type="text"/>	
<small>* zgodnie z wykazem czasu operacji z listy operacyjnej, stawki godzinowej wynagrodzenia, w odstępach 15 minutowych</small>		
		strona 2

- gromadzenie i analizowanie informacji w zakresie modeli liczenia kosztów usług medycznych,
- monitorowanie nośników kosztów usług medycznych
- przygotowanie i prowadzenie szkoleń inspirujących i wspierających projekty liczenia kosztów usług medycznych,
- ocena wiarygodności danych kosztowych zbieranych ze szpitali,
- współpraca z organizacjami, instytucjami zewnętrznymi, międzynarodowymi w zakresie liczenia kosztów usług medycznych.

**Korzyści**, które powinny wynikać z powołania Agencji Taryfikacji:

- pozyskanie informacji na temat kosztów finansowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych,
- ustalenie różnic w poziomie kosztów usług medycznych w zależności od dodatkowych kryteriów (np. geograficznego, poziomu referencyjnego, wielkości zakładu opieki zdrowotnej).

Ważnym elementem byłoby zaangażowanie w proces tworzenia analiz ośrodków uniwersyteckich. W ten sposób Agencja Taryfikacji nie musiałaby rozbudowywać własnej infrastruktury analitycznej, a jedynie zlecać pewne zadania już istniejącym zespołom ekspertów.

*Autor jest doktorem nauk medycznych, wiceprezesa Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych.*