



Foto: iStockphoto.com

# Ile kosztują procedury medyczne?

Jeśli jesteś po nerwowej lekturze rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów i wiesz, że z każdym dniem jest coraz mniej czasu do jego wejścia w życie (1 stycznia 2021 r.), a analiza dostępności danych koniecznych do wdrożenia nowych rozliczeń, w szczególności kosztów procedur medycznych, daje niepokojące sygnały, to koniecznie zapoznaj się z treścią niniejszego artykułu. Dowiesz się, jakie kroki należy podjąć, żeby osiągnąć cel w postaci informacji o koszcie wytworzenia procedur medycznych.

W artykule prezentuję czteroetapowe podejście do wyceny procedur medycznych, które pozwoli świadczeniodawcom spełnić zarówno wymogi zewnętrzne, tzn. nowy standard rachunku kosztów w zakresie rozliczania ośrodków powstawania kosztów (OPK) proceduralnych, jak i wymogi wewnętrzne, czyli dostęp do informacji o kosztach procedur, a docelowo ich rentowności. Opisuję podejście oparte na praktycznych doświadczeniach, co pozwoli czytelnikowi rozpocząć i przeprowadzić proces wyceny procedur medycznych.

Pracownikom działów finansowych, księgowych i controllingowych podmiotów ochrony zdrowia sen z powiek spędza obligatoryjność wdrożenia nowego standardu rachunku kosztów już od stycznia 2021 r. Jednym z wyzwania, poza zmianami kont zespołu 4. i zasad aloka-

cji kosztów, jest wycena procedur medycznych potrzebna do rozliczenia kosztów OPK proceduralnych, takich jak laboratorium, blok operacyjny czy pracownia EKG.

Akt prawny regulujący zasady prowadzenia rachunku kosztów u świadczeniodawców pojawił się już w 1998 r. (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej* – Dz. U. 1998 nr 164 poz. 1194), a kolejny w 2015 r. (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców* – Dz. U. 2015 poz. 1126). Mimo to ze względów obiektywnych zdecydowana większość podmiotów nadal nie ma wiedzy o kosztach realizowanych procedur medycznych, a są one, poza kosztami zuży-

tych leków, materiałów czy osobodni, jednym z kluczowych składników określających koszty świadczeń opieki zdrowotnej, czyli koszty pacjentów. Pomimo wytycznych zawartych w rozporządzeniu z 2020 r. pojawia się ogromna liczba pytań i wątpliwości dotyczących nowego standardu rachunku kosztów, wynikających głównie z niesatysfakcjonującego poziomu dostępnej informacji o kosztach realizowanych procedur medycznych wśród świadczeniodawców.

Jakie kroki należy w takim razie podjąć, aby wyliczyć koszty procedur medycznych w podmiocie? Jak przygotować się do tego procesu, jakie dane należy posiadać, z kim rozmawiać i kto powinien być odpowiedzialny za poprawne opisanie i wycenienie procedur?

### Ważne

Należy zwrócić uwagę na wytyczne dotyczące składowych kosztu procedury zamieszczone w rozporządzeniu. W koszcie procedury uwzględniane powinny być wyłącznie te koszty, które są ujmowane w ramach danego OPK proceduralnego, ponieważ koszt procedury jest podstawą jego rozliczenia w module FK. Natomiast koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych (tzn. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych) bezpośrednio przypisanych do pacjenta należy przenieść na OPK odpowiednio do miejsca ujęcia przychodu, czyli np. na OPK Oddział Chirurgiczny. Co takie podejście oznacza dla wyników wyceny procedury medycznej?

W przypadku wyceny procedur zabiegowych, realizowanych na bloku operacyjnym, zgodnie z przywołanymi wytycznymi nie należy uwzględniać kosztów lekarzy operatorów, ponieważ ich wynagrodzenia są ewidencjonowane na ich macierzystych oddziałach, np. chirurgii, ortopedii. Podejście to jest uzasadnione w momencie wykorzystywania tak wyliczonego kosztu wytworzenia procedury do rozliczania kosztu OPK Blok Operacyjny na OPK działalności leczniczej, ponieważ należy rozliczać tylko te koszty, które są księgowane na danym OPK proceduralnym. W tym momencie spełniony jest cel „księgowy” wyceny procedury. Jednakże wyliczony tą metodą koszt zabiegu może wprowadzić w błąd osoby na szczeblu dyrekcji. Jaką wartość decyzyjną ma dla dyrektora informacja, że zabieg „endoproteza pierwotna stawu kolanowego” kosztuje 8,5 tys. zł, jeżeli nie uwzględniono w niej kosztu lekarzy operatorów? Dlatego należy pamiętać, że wycena procedur poza celami księgowymi powinna również wspierać cele zarządcze. Analogiczna sytuacja może mieć miejsce w przypadku tworzenia cenników usług, które powinny uwzględniać pełne koszty ich wykonania.

Na koszt procedury składają się trzy zasadnicze grupy kosztów: zasobów materiałowych, zasobów osobowych oraz pośrednie, często zamiennie nazywane kosztami urządzeń z infrastrukturą. Poprawna wycena wymaga zatem wiedzy o ich jednostkowych kosztach zużycia (tzw. stawkach) oraz wykorzystaniu podczas wykonywania poszczególnych procedur medycznych.

### Koszt wytworzenia procedury

Koszt wytworzenia procedury medycznej stanowi sumę jej kosztu bezpośredniego i pośredniego. Na koszt bezpośredni składają się koszty zużytych zasobów materiałowych i osobowych, natomiast koszt pośredni to narzut kosztów wyliczony metodą wskazaną w rozporządzeniu:

$$\text{koszt wytworzenia 1 procedury medycznej} = \text{koszt bezpośredni 1 procedury} + \text{koszt pośredni 1 procedury}$$

Kluczem do rozliczenia kosztów OPK proceduralnego jest wartość kosztu wytworzenia procedur medycznych oparta na rzeczywistym koszcie zużytych zasobów:

$$\text{wartość kosztów wytworzenia procedur medycznych} = \text{liczba procedur medycznych} \times \text{koszt wytworzenia procedury medycznej}$$

W przypadku braku dostępu do informacji o kosztach rzeczywistych rozporządzenie dopuszcza możliwość skalkulowania kosztu wytworzenia procedury na podstawie typowych (standardowych) kosztów zużywanych zasobów materiałowych i osobowych. Możliwość wykorzystania rzeczywistych kosztów bezpośrednio wynika z faktu posiadania przez podmiot takiej informacji zaewidencjonowanej w systemie informatycznym obsługującym część białą. Decyzja o rozpoczęciu ewidencjonowania rzeczywistego zużycia zasobów materiałowych i osobowych do konkretnych procedur powinna być poprzedzona wyceną opartą na typowym zużyciu w celu weryfikacji odchylenia rzeczywistego kosztu wytworzenia procedury od wyliczonego standardu. Podejście to zapewni otrzymanie pełnego rzeczywistego kosztu procedury, bez pominięcia istotnych pozycji kosztowych. Co ważne, od podjęcia decyzji o rozpoczęciu wykonywania w podmiocie bieżącej ewidencji zasobów zużywanych w związku z wykonywaniem konkretnych procedur medycznych do jej uruchomienia może upłynąć wiele miesięcy. Proces ten jest bezpośrednio skorelowany z poziomem informatyzacji podmiotu oraz dostępnością urządzeń do automatycznej ewidencji danych. Mając ten fakt na uwadze, warto

„W związku ze zbliżającym się terminem wejścia w życie wytycznych nowego standardu rachunku kosztów, w szczególności w zakresie wyceny procedur medycznych, należy jak najszybciej przystąpić do ich opisu i wyceny”

proces opisu i wyceny procedur medycznych rozpocząć od wyceny po kosztach typowych (standardowych).

#### Proces opisu i wyceny procedur medycznych

Prace nad wyceną procedur należy podzielić na cztery główne kroki: powołanie zespołu, przygotowanie danych, wycena procedur, weryfikacja i cykliczna aktualizacja.

#### Krok pierwszy – powołanie zespołu

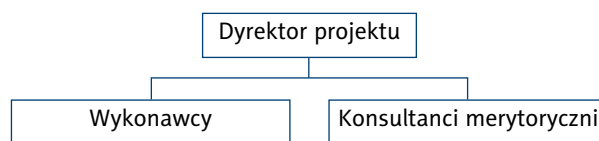
Wycena procedur medycznych to duże przedsięwzięcie, angażujące wiele osób, dlatego nieoceniony jest wkład dyrekcji w celu nadania mu odpowiedniej rangi.

Jedną z zaangażowanych grup osób, co może oczywiście dziwić, są przedstawiciele dyrekcji (dyrektor, zastępca dyrektora ds. medycznych lub zastępca dyrektora ds. finansowych). To do nich należy nadanie rangi projektowi oraz oddelegowanie osób z personelu medycznego do pomocy przy opisie procedur medycznych. Osoby te nazywane są „dyrektorami projektu”.

Druga grupa (od jednej do trzech osób) odpowiada za przygotowanie danych operacyjnych w postaci zestawień zawierających jednostkowe stawki zużycia leków i materiałów, personelu i urządzeń z infrastrukturą oraz za pozyskanie instrukcji, które są stosowane w podmiocie, np. instrukcji przygotowania do zabiegu chirurgicznego. Osoby te powinny mieć doskonale umiejętności analityczne i komunikacyjne potrzebne w trakcie opisu i wyceny procedur. Zazwyczaj są to pracownicy działów analiz, planowania, controllingu, a w mniejszych podmiotach księgowości. Osoby te nazywane są „wykonawcami projektu”.

Trzecia grupa to przedstawiciele środowiska medycznego. To z nimi będzie rozmawiać „wykonawca” przy opisie procedur. Nad wyborem odpowiednich osób również warto się zastanowić. Powinny one być bezpośrednio zaangażowane w realizację procedur medycznych. Na przykład opisując procedury zabiegowe realizowane na bloku operacyjnym, należy rozmawiać z instrumentariuszką przygotowującą materiały do

zabiegu. Rozmowa z operatorem również dostarczy cennych informacji, ale nie będzie zawierała pełnego zestawu materiałów oraz wyrobów przygotowywanych i zużywanych w trakcie operacji. Te same kryteria wyboru należy wziąć pod uwagę przy wycenie procedur diagnostycznych. W laboratorium należy rozmawiać z laborantami oraz kierownikiem laboratorium. W pracowni endoskopowej – z pielęgniarką, a następnie dane zweryfikować z lekarzem. Ta grupa pracowników nosi nazwę „konsultantów merytorycznych” (ryc. 1).



Rycina 1. Grupy osób zaangażowane w opis procedur

Warto podkreślić, że opis procedur medycznych, a następnie jego cykliczna aktualizacja nie mogą być całkowicie sędowane na pracowników księgowości. Pracownicy ci mogą wykonać stosowne obliczenia, jednak muszą bazować na dostarczonych im rzetelnych danych.

#### Krok drugi – przygotowanie danych operacyjnych

„Wykonawca projektu” odpowiada za przygotowanie danych operacyjnych, które posłużą do opisu i wyceny procedur. Potrzebne mu będą następujące zestawienia: lista procedur medycznych ICD-9, lista środków trwałych i infrastruktury, lista grup pracowniczych, lista leków i materiałów.

#### Lista procedur medycznych ICD-9

„Wykonawca” w konsultacji z „dyrektorem projektu” podejmuje decyzję, czy wyceniane będą wszystkie realizowane w podmiocie procedury czy określona ich grupa. Rekomenduje się wybranie tych najczęściej wykonywanych, zgodnie z regułą Pareto 20/80, która wskaże 20% procedur stanowiących łącznie 80% liczby wszystkich wykonanych w podmiocie. Informacja o tym, która procedura, w jakiej ilości i w której komórce medycznej jest wykonywana, powinna być dostępna w systemie informatycznym świadczeniodawcy (tzw. HIS). Może się zdarzyć, że procedura o tej samej nazwie jest wykonywana w różnych komórkach organizacyjnych i wtedy uzasadniony będzie inny koszt jej wykonania. Tabela 1 zawiera strukturę danych do przygotowania przez „wykonawcę”.

Tabela 1. Struktura danych

Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9	Komórka organizacyjna wykonująca procedurę
...	...	...

Tabela 2. Struktura w zakresie listy środków trwałych

Numer urzędnia/Numer OPK (w przypadku kosztu infrastruktury)	Nazwa urzędnia/Nazwa infrastruktury	Jednostka miary (np. koszt na godzinę, koszt za procedurę)	Stawka (zł)	Nazwa OPK urzędnia/infrastruktury
...	...	...	...	...

Tabela 3. Struktura danych dotyczących grup pracowniczych

Identyfikator grupy	Grupa zaszerogowania	Jednostka miary (np. koszt na godzinę, koszt za procedurę)	Stawka (zł)	Nazwa OPK grupy
...	...	...	...	...

Tabela 4. Struktura danych dotyczących leków i materiałów wykorzystywanych w trakcie realizacji procedur

Kod EAN	Nazwa (leki, materiały, wyroby)	Jednostka miary (np. szt., ml)	Pojemność/rozmiar	Cena
...	...	...	...	...

### Lista środków trwałych i infrastruktury

Jednym ze składników procedury medycznej są urzędnia wraz z infrastrukturą. Tabela 2 zawiera strukturę danych do przygotowania przez „wykonawcę” w zakresie listy środków trwałych wraz ze stawką na jednostkę miary (koszt na godzinę, koszt na procedurę). W zestawieniu powinny się również pojawić amortyzowane środki trwałe wraz z kosztem wyliczonym na podstawie amortyzacji odtworzeniowej oraz potencjalnymi dodatkowymi kosztami utrzymania.

W przypadku braku możliwości podania kosztu pracy urzędnia można wyliczyć koszt godziny infrastruktury zgodnie z wytycznymi AOTMiT lub nawet koszty OPK proceduralnego pozostałe po odjęciu kosztów zasobów materiałowych i osobowych potraktować jako narzut kosztów pośrednich na procedurę, zgodnie ze wskazaną w rozporządzeniu jedną z trzech metod obliczania kosztów pośrednich procedur.

### Lista grup pracowniczych

Kolejnym składnikiem procedury medycznej są pracownicy. Tabela 3 zawiera strukturę danych dotyczących grup pracowniczych wraz ze stawkami (koszt na godzinę, koszt za procedurę) do przygotowania przez „wykonawcę”. W zestawieniu powinny się pojawić koszty za godzinę wynikające z umów o pracę, umów cywilnoprawnych płatnych za godzinę oraz za procedurę. Należy pamiętać o ograniczonym dostępie pracowników do danych z tej tabeli, które stanowią tajemnicę.

### Lista leków i materiałów

Najbardziej obszernym zestawieniem jest lista leków i materiałów wykorzystywanych w trakcie realizacji procedur (tab. 4). Zestawienie to powinno być dostępne z modułu aptecznego systemu informatycznego świadczeniodawcy.

### Krok trzeci – wycena procedur

Trzecim krokiem jest wycena procedur. Tu kluczowa staje się metoda zbierania danych, czyli podejście do pozyskania takich informacji, jak czas wykonania procedury oraz rodzaj i ilość zużywanych zasobów materiałowych, osobowych i sprzętowych. Obecnie świadczeniodawcy wyceniający procedury zazwyczaj stosują metodę kwestionariuszową. Polega ona na tym, że dział finansowy przygotowuje tzw. karty technologiczne służące do opisu procedur. Wydrukowane karty są rozdysponowywane wśród personelu medycznego w celu ich ręcznego wypełnienia, a następnie przekazywane do pracowników apteki, którzy dokonują wyceny leków, materiałów i wyrobów. Dział finansowy natomiast zajmuje się wyceną kosztu jednostkowego pracy personelu i urzędnia wraz z infrastrukturą. Podstawową wadą tej metody jest czas od momentu przekazania karty do wypełnienia jej pełnymi danymi. Do tego dochodzi niezrozumienie struktury karty przez personel medyczny i niepełne jej uzupełnienie. Ręczne wypełnianie stwarza również problemy z odczytaniem zapisów przez komórki dokonujące w kolejnym kroku wycen.

Rekomendowanym sposobem jest w pełni elektroniczny opis procedur. W tym przypadku możliwe są dwa warianty. W pierwszym „konsultanci merytoryczni”, mając dostęp do przygotowanych przez „wykonawcę” zestawień danych operacyjnych, samodzielnie dokonują opisu procedur w odpowiedniej aplikacji. W drugim wariantcie w większym stopniu zaangażowany jest „wykonawca”, który rozmawiając z „konsultantami merytorycznymi”, na bieżąco wycenia procedurę w aplikacji. Oba podejścia eliminują trzy podstawowe mankamenty tradycyjnego zbierania danych: długi czas wyceny, niepełny opis i problemy z odczytaniem ręcznych zapisów. Największym ich atutem jest natychmiastowa wiedza o koszcie procedury i bieżąca



Fot. iStockphoto.com

„Ręczne wypełnianie kart stwarza problemy z odczytaniem zapisów przez komórki dokonujące w kolejnym kroku wycen”

weryfikacja poprawności danych z „konsultantami merytorycznymi”.

#### Krok czwarty – weryfikacja i cykliczna aktualizacja

Ostatnim krokiem jest weryfikacja poprawności danych, a następnie cykliczna aktualizacja kosztów. Do najważniejszych wydarzeń, które wpływają na konieczność aktualizacji, należą nowe akty prawne regulujące wynagrodzenia w podmiotach ochrony zdrowia, nowe umowy przetargowe, zmiany technologii wykonywania procedur (głównie dotyczy to procedur zabiegowych) czy zakup nowych urządzeń.

Należy regularnie analizować odchylenia kosztu standardowego procedur od kosztu wytworzenia liczonego w module FK, co może (poza wymienionymi wyżej powodami) wynikać z innego zużycia, niż było wskazane w trakcie opisu procedur, przesunięć w czasie pomiędzy pobraniami z magazynu a zużyciem i odniesieniem w koszty, czy np. z wahań w liczbie realizowanych procedur wynikających z awarii, ale też niepełnego wykorzystania zatrudnionego personelu czy posiadanych urządzeń. Tu pojawia się kwestia stopnia wykorzystania zasobów oraz kosztów niewykorzystanych zasobów. Rozwiązaniem jest elastyczne dostosowanie potencjału personelu i infrastruktury do planowanego i rzeczywistego poziomu aktywności podmiotu.

#### Podsumowanie

W związku ze zbliżającym się terminem wejścia w życie wytycznych nowego standardu rachunku kosztów, w szczególności w zakresie wyceny procedur medycznych, pracownicy działów finansowych, księgowych i controllingowych powinni jak najszybciej przystąpić do ich opisu i wyceny. Przejście przez wskazane w artykule cztery kroki – od powołania zespołu do weryfikacji danych – pozwoli w najbliższej perspektywie spełnić wymogi rozporządzenia w zakresie kalkulacji kosztu wytworzenia procedur medycznych i rozliczeń OPK proceduralnych.

Należy pamiętać, że decyzja o rozpoczęciu ewidencjonowania rzeczywistego zużycia zasobów materiałowych i osobowych do konkretnych procedur powinna być poprzedzona wyceną opartą na typowym zużyciu w celu weryfikacji odchylenia rzeczywistego kosztu wytworzenia procedury od wyliczonego standardu. Podejście to docelowo zapewni otrzymanie pełnego rzeczywistego kosztu wykonania procedury, bez pominięcia istotnych pozycji. Co ważne, od podjęcia decyzji o rozpoczęciu w podmiocie bieżącej ewidencji zasobów zużywanych w związku z wykonywaniem konkretnych procedur medycznych do jej uruchomienia może upłynąć wiele miesięcy. Proces ten jest bezpośrednio skorelowany z poziomem informatyzacji podmiotu oraz dostępnością urządzeń do automatycznej ewidencji danych, dlatego warto rozpocząć opis i wycenę procedur medycznych od wyceny po kosztach typowych (standardowych).

Ostatni i najważniejszy cel, jaki zostanie w projekcie osiągnięty, to dostarczenie dyrekcji informacji o kosztach, a następnie rentowności wykonywanych świadczeń oraz wgląd w stopień wykorzystania zasobów (głównie zasobów osobowych), co może się bezpośrednio przełożyć na poprawę wyniku podmiotu.

*Anna Anders-Szymańska*