

Przygotowanie i udostępnienie własnej kalkulacji kosztów (WKK) świadczeń: 5.03.00.0000022- gastroscopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) 5.03.00.0000089-gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat, 5.03.00.0000008-gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

1. Czy kartę należy uzupełnić dla wszystkich świadczeń pojedynczo czy zbiorczo?

*Odp: Dla każdego produktu rozliczeniowego wypełniamy odrębną kartę, która przedstawia koszt pojedynczego świadczenia oszacowanego:*

- 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;*
- 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.*

*Wybrany sposób kalkulacji kosztów należy wskazać w arkuszu „Własna kalkulacja kosztów” w odpowiedzi na pytanie o podstawę sporządzenia karty kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia.*

*W arkuszu „Własna kalkulacja kosztów” w polu „Liczba procedur/porad, na podstawie której sporządzono kalkulację kosztów” należy podać liczbę świadczeń/produktów rozliczeniowych, które były podstawą sporządzenia kalkulacji kosztów.*

*Ważne:*

*Dla każdego świadczenia/ produktu rozliczeniowego :*

- 5.03.00.0000022 - gastroscopia diagnostyczna;*
- 5.03.00.0000089 - gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat;*
- 5.03.00.0000008 - gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat;*

*należy wypełnić oddzielny formularz (WKK).*

2. Za jaki okres należy przygotować własną kalkulację kosztów?

*Odp: Koszty dotyczą okresu 01.01.-30.06.2022 roku.*

3. Jeśli gastroscopia jest wykonywana w ramach hospitalizacji czy uwzględniamy ją w kalkulacji, przedstawiamy jej koszt?

*Odp: Należy pamiętać, że zbieramy dane dla świadczeń rozliczanych w warunkach ambulatoryjnych zatem w formularzu (WKK) należy uwzględnić produkty rozliczeniowe: 5.03.00.0000022, 5.03.00.0000089, 5.03.00.0000008.*

4. W arkuszu „składowe kalkulacji” wypełniamy dla jednej (standardowej procedury) czy dla wszystkich (suma materiałów zużytych przy wszystkich procedurach)?

*Odp: Należy podać koszty składowe dla 1 standardowego świadczenia/produktu rozliczeniowego, które mogą odpowiadać normatywom zużycia lub obrazować średnie rzeczywiste wykorzystanie zasobów w przeliczeniu na 1 świadczenie/produkt rozliczeniowy.*

*Należy zwrócić uwagę, że dane zawarte w arkuszu „składowe kalkulacji” powinny być z godnie z wartościami wskazanymi w arkuszu „własna kalkulacja kosztów” w pozycjach:*

- Koszt produktów leczniczych;*
- Koszt wyrobów medycznych;*
- Koszt procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych.*

5. W arkuszu „koszty osobowe” wypełniamy dla jednej (standardowej procedury) czy dla wszystkich (suma materiałów zużytych przy wszystkich procedurach)?

Odp: Należy podać koszty osobowe dla 1 standardowego świadczenia/produktu rozliczeniowego, które mogą odpowiadać normatywom zaangażowania lub obrazować średnie rzeczywiste zaangażowanie personelu w realizację 1 świadczenia/produktu rozliczeniowy.

Należy zwrócić uwagę, że dane zawarte w arkuszu „koszty osobowe” powinny być zgodnie z wartościami wskazanymi w arkuszu „własna kalkulacja kosztów” w pozycji koszty osobowe.

6. W oparciu o jakie informacje należy wyliczyć koszt infrastruktury, stawki godzinowe pracy gabinetu?

Odp: 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 przypisanych do pacjenta, wynagrodzeń personelu (lekarza i pielęgniarki) oraz alokowane koszty procedur medycznych (badania laboratoryjne i obrazowe) wykonanych przez inne OPK. W koszcie infrastruktury powinny być zawarte koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych nieprzypisanych na pacjenta oraz koszty pozostałego personelu nie zaangażowanego w realizację świadczenia (np. salowa).

Koszt infrastruktury należy podać w przeliczeniu na godzinę zajętości gabinetu zabiegowego. Na podstawie tego pola automatycznie obliczona zostaje wartość w pozycji „Koszt wykorzystania infrastruktury w trakcie procedury zabiegowej/ diagnostycznej lub porady”.

7. Jak przedstawić koszty kwalifikacji do znieczulenia i znieczulenie dożylnego?

Odp: W formularzu (WKK) w zakładce „Inne koszty” wskazano dwie pozycje: koszt jednostkowy do znieczulenia całkowitego dożylnego (5.05.00.0000104), koszt jednostkowy konsultacji w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego (5.05.00.0000105), dla których należy w kolumnie „Wartość” podać koszt pojedynczej standardowej procedury oszacowanej w oparciu o normatyw lub rzeczywiste zużycie zasobów.

8. W jaki sposób należy przestać WKK?

Odp: <https://ftptaryfikacja.aotm.gov.pl> (FTP), będący kanałem dostępowym umożliwiającym przekazanie formularza WKK oraz dodatkowych informacji. Instrukcja logowania dostępna w zakładce instrukcja/pomoc.