

1. Czy pliki szczegółowe dotyczą tylko działalności szpitalnej?

Tak, pliki szczegółowe (DSz) dotyczą leczenia szpitalnego (hospitalizacji).

2. W przypadku procedur w pracowni endoskopowej czy również należy omawiane pliki uzupełniać?

Tak, jeżeli w pracowni były zrealizowane procedury na rzecz pacjenta hospitalizowanego.

3. Jeśli pracownia endoskopowa dotyczy leczenia ambulatoryjnego również przesyła pliki PR_HR i PL?

Nie, należy przekazać kartę WKK_AOS.

4. Czy w pliku PR ma być pełny koszt procedury zawierający leki, wyroby medyczne, koszt pracy personelu wykonującego daną procedurę?

Koszt procedur należy podać w przypadku gdy:

- były realizowane przez ośrodki powstawania kosztów, takie jak: pracownie diagnostyczne/zabiegowe lub stacje dializ,
- mają różną wartość wprowadzoną w kolumnach NR OPK ZLEC i NR OPK PR a kod procedury rozpoczyna się od 89.0,
- dana procedura została zrealizowana przez DOSTAWCĘ ZEWNĘTRZNEGO.

Koszt procedur zabiegowych oraz diagnostycznych inwazyjnych nie powinien zawierać kosztów leków i wyrobów. Informacje kosztowe o tych składowych powinny być wykazane odpowiednio w plikach PL oraz WM. W przypadku, jeżeli dana procedura oznaczona jest kategorią A wówczas należy do tej procedury przekazać wpisy dotyczące zaangażowanego personelu (plik PR_HR). W przypadku procedur realizowanych przez dostawców zewnętrznych nie jest wymagane wydzielenie z kosztów procedury kosztów leków, wyrobów medycznych czy kosztów osobowych. Jeżeli NR OPK ZLEC jest równy NR OPK PR wówczas możliwe jest podanie kosztu procedury równego zero.

5. Czy to znaczy że jeżeli w pracowni nie prowadzimy ewidencji leków i wyrobów na pacjenta to nie musimy wykazywać ich w PL i WM?

Lecznictwo szpitalne: W plikach PL i WM powinny zostać wykazane wszystkie podane produkty lecznicze oraz zużyte wyroby medyczne. Natomiast, w przypadku braku ewidencji, koszty leków i wyrobów można wykazać w odpowiednich plikach wg. normatywów/ pakietów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: W przypadku WKK_AOS w arkuszu o nazwie „Składowe kalkulacji” można podać zużywane wyroby medyczne oraz leki zgodnie z normatywnem, o ile taka metoda kalkulacji została przyjęta dla świadczenia.

6. Czy sprawozdawczość jest obowiązkowa dla wszystkich podmiotów, w tym opieka domowa?

Postępowanie skierowane jest do 2 grup podmiotów leczniczych, które w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. zrealizowały świadczenia gwarantowane w obszarze chorób przewodu pokarmowego, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS i ASDK) sprawozdane do NFZ z następującymi kodami świadczeń / kodami produktów rozliczeniowych wraz z kodem procedury:

ASDK: 5.03.00.0000022 - gastroscopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) **ASDK: 5.03.00.0000089** - gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat

ASDK: 5.03.00.0000008 - gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. **ASDK: 5.06.00.0000902** - kolonoskopia diagnostyczna

ASDK: 5.06.00.0000903 - kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)

ASDK: 5.03.00.0000042 - kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) **Z108: 5.31.00.0000108_42.29** - Zabiegi diagnostyczne przełyku – inne

Z105: 5.31.00.0000105_44.981 - Wlew roztworu fizjologicznego w celu dopasowania urządzenia

Z32: 5.31.00.0000032_45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca

Z32: 5.31.00.0000032_45.252 - Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wypłukanie jelita grubego

Z103: 5.31.00.0000103_48.22 - Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę

Z103: 5.31.00.0000103_48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem

Z48: 5.31.00.0000048_48.31 - Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy

Z48: 5.31.00.0000048_48.32 - Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inne

Z105: 5.31.00.0000105_48.35 - Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy

Z102: 5.31.00.0000102_49.01 - Nacięcie ropnia okołodbytowego

Z105: 5.31.00.0000105_49.03 - Wycięcie polipowatej wyrośli odbytu

Z105: 5.31.00.0000105_49.31 - Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu

Z48: 5.31.00.0000048_49.43 - Kauteryzacja hemoroidów

Z48: 5.31.00.0000048_49.45 - Podwiązanie hemoroidów

Z105: 5.31.00.0000105_49.52 - Tylne nacięcie zwieracza odbytu

Z105: 5.31.00.0000105_49.59 - Nacięcie zwieracza odbytu – inne

Z105: 5.31.00.0000105_49.931 - Usunięcie ciała obcego z odbytu z nacięciem

Z103: 5.31.00.0000103_54.241 - Zamknięta biopsja: sieci

Z100: 5.31.00.0000100_86.04 - Nacięcie lub drenaż skóry lub tkanki podskórnej - inne

Z107: 5.31.00.0000107_86.21 - Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej.

7. Co w przypadku procedur zabiegowych (np. gastroscopia, procedury zabiegowe na bloku operacyjnym, Pracownia ECPW), dla których nie prowadzimy ewidencji leków i wyrobów medycznych przypisanych na pacjenta? Czy można przedstawić koszt procedury według kosztu normalnego w pliku PR?

Jeżeli dana procedura oznaczona jest kategorią A wówczas należy przekazać do tej procedury wpisy dotyczące zaangażowanego personelu (plik PR_HR) a w plikach PL i WM powinny zostać wykazane wszystkie podane produkty lecznicze oraz zużyte wyroby medyczne. W przypadku braku ewidencji, koszty leków i wyrobów można wykazać w odpowiednich plikach wg. normatywów/ pakietów.

8. Jak wykazać leki i materiały medyczne zużywane do procedur znieczulenia? Nie prowadzimy w systemie ewidencji zużycia na pacjenta. Materiały ujęte są w OPK Blok Operacyjny.

W plikach PL i WM powinny zostać wykazane wszystkie podane produkty lecznicze oraz zużyte wyroby medyczne. W przypadku braku ewidencji, koszty leków i wyrobów można wykazać w odpowiednich plikach wg. normatywów/ pakietów:

- **WM do znieczulenia**
- **PL do znieczulenia**

Pakiety powinny zawierać normalatywne koszty zużywanych wyrobów i leków stosowanych w odpowiednich typach znieczulenia np.:

- **znieczulenie ogólne,**
- **sedacja,**
- **znieczulenie miejscowe,**
- **z uwzględnieniem kategorii, które występują w słowniku procedur ICD-9 np.:**

- ❖ 100.01 Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin),
- ❖ 100.10 Znieczulenie całkowite dożylne (do 30 minut),
- ❖ 100.21 Znieczulenie podpajęczynówkowe (do 2 godzin).

Z uwagi na różne rodzaje znieczulenia stosowane w Państwa jednostkach, prosimy o dostosowanie/rozszerzenie podanych przykładów do Państwa potrzeb. Zależy nam na oszacowaniu rzeczywistych kosztów procedury znieczulenia, jakie zostały poniesione przez Państwa jednostkę, na danego pacjenta z próby.

9. W pliku OM wykazujemy zarówno zakupione leki, jak i wyroby medyczne np. rękawiczki, strzykawki, stenty, balony itp.?

Tak, w pliku OM powinno znaleźć się jak najwięcej rodzajów leków i wyrobów medycznych, sprzętu jednorazowego użytku wraz z informacjami m.in. o dawce leku, rodzaju wyrobu, wielkości opakowania, kodzie EAN, koszcie jednostkowym lub informacjach pozwalających wyliczyć koszt jednostkowy. Wszelkie informacje w tym pliku pozwolą na poprawę, uzupełnienie, wstępną weryfikację asortymentu przez pracowników AOTMiT bez kontaktu ze świadczeniodawcą.

10. Co w przypadku jeśli pracownia endoskopii realizuje świadczenia dla NFZ ale też komercyjne?

Jeżeli z pracowni endoskopii nie są wydzielone koszty działalności komercyjnej to należy przekazać pełne dane takiej pracowni (zarówno finansowo-księgowo, jak i ilościowe w poszczególnych arkuszach pliku FK). Przychody komercyjne należy przedstawić w arkuszu FK.OPK pliku FK w pozycji 5 „Przychody z innych tytułów”.

Jeżeli natomiast koszty świadczeń komercyjnych gromadzone są na odrębnym OPK to wymagane są tzw. dane niepełne, czyli jedynie koszty całkowite w arkuszu Tab4 w przekazywanym pliku FK.

11. Jakie przychody należy ująć w arkuszu FK OPK?

W arkuszu FK.OPK należy podać następujące przychody:

- Pozycja nr 2. Przychody z tytułu kontraktu z NFZ,
- Pozycja nr 3. Przychody z tytułu nadwykonań zrealizowanych w danym roku,
- Pozycja nr 4. Przychody z tytułu leków refundowanych odrębnie,
- Pozycja nr 5. Przychody z innych tytułów (dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów, przychody komercyjne itd.).

12. Czy w przypadku, gdy Szpital sprawozdał już w postępowaniu 54 wszystkie dane kosztowe OPK z 2019 powinien ponownie wysłać te same dane w aktualnym postępowaniu?

Jeżeli Świadczeniodawca uczestniczył w postępowaniu 54 i poprawnie przekazał wszystkie wymagane dane finansowo-księgowe za 2019 rok, nie będzie musiał ponownie przysyłać tych danych.

13. Co w przypadku kiedy w 2019 r. pracownik przepracował tylko dwa miesiące?

Jeżeli pracownik był zatrudniony na pełny etat i przepracował 2 miesiące w 2019 roku to należy wykazać koszty jego wynagrodzeń w pozycji F, G lub H w arkuszu FK.OPK oraz 2 etaty we właściwej pozycji w arkuszu Tab1 [etaty w Tab1 należy wykazywać jako sumę za rok, zgodnie z przypisami do tabeli]. Należy pamiętać, że suma rocznych kosztów wynagrodzeń pracowników musi korespondować z sumą rocznych etatów.

14. Gdzie wykazać środki trwale niskocenne, w formularzu FK.OPK i w formularzy Tab3?

Środki trwale niskocenne należy wykazać w arkuszu Tab3 poszczególnych OPK z przypisaną kategorią „c6”. W tym przypadku koszty ich amortyzacji należy zaliczyć do pozycji K Pozostałe koszty (w arkuszu FK.OPK).

15. Przy wgraniu listy OPK do postępowania 55 wyświetlił się komunikat o powtórzeniu danych w postępowaniu 54. Czy to oznacza błąd?

Komunikat ten oznacza, że dane zostały już przekazane w postępowaniu nr 54 i nie będą wymagane. Komunikat wyświetla się w celach informacyjnych. Listę należy przesłać do AOTMiT w celu jej weryfikacji przez pracownika AOTMiT.

16. Czy jest możliwy dostęp do danych historycznych? To znaczy danych przesłanych w poprzednich postępowaniach?

W uzasadnionych przypadkach jest możliwość przesłania danych historycznych po uprzednim zgłoszeniu prośby pismem na adres siedziby Agencji lub na skrzynkę e-PUAP, ze wskazaniem rodzaju danych.

17. Czy dla AOS podajemy tylko jeden OPK tj. np. poradnia chirurgiczna? Czy musimy również podać np.: zarząd, administracja?

W przesyłanej liście OPK należy uwzględnić wszystkie OPK funkcjonujące w jednostce w 2019 roku zgodnie z Wnioskiem o udostępnienie danych do postępowania 55. W przypadku tzw. OPK niemedycznych (zarząd, administracja) nie będą wymagane pełne dane, jedynie koszty całkowite w arkuszu Tab4.

18. Czy zgłaszamy wszystkie OPK z wszystkich lokalizacji? Mamy ponad 70 lokalizacji w 7 województwach.

Świadczeniodawca zgłasza OPKi, które funkcjonują w ramach wskazanego kodu świadczeniodawcy nadanego przez właściwy OW NFZ. Jeżeli w ramach wskazanego kodu świadczeniodawcy funkcjonują OPKi w różnych lokalizacjach to należy zgłosić wszystkie.

19. Prosimy o potwierdzenie, że w tabeli FK OPK w pozycji c4 amortyzacja w tym innych środków trwałych podajemy całą grupę 8 (która obejmuje aparaturę medyczną i niemedyczną).

W pozycji C4, zgodnie z objaśnieniami kategorii środków trwałych (c1-c5) zamieszczonymi we wzorze pliku FK oraz na stronie <https://dane.aotm.gov.pl/instrukcja/FAQ> należy ująć grupę 8 zgodnie z Klasyfikacją Środków Trwałych (KŚT).

20. Czy prezentacje będą nam później przesłane?

Będą dostępne na portalu dane-kosztowe w zakładce pomoc/instrukcja.

Jeżeli pytanie dotyczy standardu rachunku kosztów to wszyscy świadczeniodawcy, którzy mają podpisaną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zobowiązani do stosowania się do Rozporządzenia z 26 października 2020 roku od 1 stycznia 2021 roku. Zwolnienie z obowiązku stosowania SRK dotyczy świadczeniodawców: udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie z zakresu POZ, nie prowadzących ksiąg rachunkowych na podstawie Ustawy o rachunkowości z 29.09.1994 r. oraz realizujących czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne. W razie bardziej szczegółowych pytań dotyczących SRK, prosimy wysłać zapytanie na standard@aotm.gov.pl.