



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz (koszty osobodnia, stawki wynagrodzeń)

Joanna Zbylut¹, Karolina Lewandowska¹, Patrycja Gryka¹.

¹Dział Statystyki i Analiz, Wydział Taryfikacji, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Warszawa, sierpień 2019

Spis treści

1. Abstrakt	3
2. Opis pliku finansowo-księgowego i jego weryfikacji	4
2.1. Arkusz FK.OPK	5
2.2. Arkusz Tab1	7
2.3. Arkusz Tab2	8
2.4. Arkusz Tab3	8
2.5. Arkusz Tab4	8
2.6. Weryfikacja plików FK	8
3. Składowe taryf wyliczane z danych FK - metodyka	11
3.1. Stawki wynagrodzeń personelu	11
3.2. Osobodzień	11
3.3. Koszt infrastruktury bloku na 1 godzinę	12
4. Błędy popełniane przez świadczeniodawców w plikach FK oraz ich wpływ na wysokość wyliczanych przez AOTMiT składowych taryf	13
4.1. Niepełne koszty zaksięgowane w OPK	13
4.2. Błędy wpływające na stawki wynagrodzeń personelu	15
4.3. Brak alokowanych kosztów pośrednich na OPK, dla którego wyliczany jest osobodzień	17
4.4. Błędy w Tab3 w zakresie danych dotyczących środków trwałych	18
4.5. Brak ewidencji godzin pracy bloku operacyjnego/pracowni	19
5. Podsumowanie	20
6. Bibliografia	21
7. Załącznik nr 1 – Plik FK	22

1. Abstrakt

Wydział Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji gromadzi dane finansowo-księgowe świadczeniodawców mających zawarty kontrakt z NFZ. Dane te przekazują świadczeniodawcy w pliku finansowo-księgowym (plik FK), który przedstawia dane ze szczegółowością do ośrodka powstawania kosztów czyli oddziału szpitalnego, poradni czy pracowni. Plik FK został opracowany przez Wydział Taryfikacji Agencji i stanowi podstawę do wyliczenia kosztów stałych taryfy świadczeń. Zawiera on informacje o kosztach i przychodach ośrodka powstawania kosztów oraz inne niefinansowe informacje, konieczne do wyliczenia składowych taryfy, takie jak: informacje statystyczne o OPK (liczba łóżek, liczba osobodni, liczba sal operacyjnych, godziny pracy bloku operacyjnego), dane o wielkości zatrudnienia w ośrodku oraz środkach trwałych w OPK. Jakość danych przekazywanych przez świadczeniodawców w plikach FK ma ogromne znaczenie w procesie taryfikacji, bowiem wpływa na wysokość wyliczanych przez Agencję składowych taryfy świadczeń czyli na koszt osobodnia, koszt infrastruktury bloku operacyjnego czy godzinowe stawki wynagrodzeń personelu. W niniejszej publikacji przedstawiono przykłady najczęstszych błędów świadczeniodawców w plikach FK oraz pokazano jak one wpływają na wysokość taryf.

słowa kluczowe: taryfa świadczeń, osobodzień, plik FK.

The Tariff System Department of the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System collects financial data from health care providers having contracts with The National Health Fund (NFZ), which is the sole payer in the Polish health system. These financial data are provided by hospitals or other public and non-public health care providers in a financial file (FK file), which presents data in detail to the cost center, i.e. a hospital ward, outpatient specialist care unit or a diagnostic laboratory. The FK file has been developed by the Agency's Tariff System Department and forms the basis for calculating the fixed costs of the healthcare services tariffs. The FK file contains information about costs and revenues of the cost center and other non-financial information necessary to calculate the tariff components, such as: statistical information of the cost center (number of beds, number of hospital stay days, number of surgical rooms on the operating block, working hours of the operating block), data on employment and fixed assets in the cost center. The quality of data provided by health care providers in FK files is of great importance in the tariff calculation process, because it affects the tariff components calculated by the Agency, that is, the cost of one day hospital stay (per diem), cost of operating block infrastructure per hour or hourly staff remuneration rates (hourly salary rates). This publication presents examples of the most common errors in FK files of health care providers and shows how those errors affect the tariffs.

key words: tariffs, the cost of one day hospital stay (per diem), FK file.

2. Opis pliku finansowo-księgowego i jego weryfikacji

Zgodnie z przepisami (art. 311c) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz.1373.) na potrzeby ustalenia taryfy świadczeń zdrowotnych Wydział Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT lub Agencji) może pozyskiwać dane od podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz przede wszystkim od świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

AOTMiT gromadzi dane pochodzące od świadczeniodawców w ramach współpracy stałej lub doraźnej, w zależności od bieżącego zapotrzebowania na informacje. Świadczeniodawcy udostępniają dane niezbędne do określenia taryfy świadczeń na wnioski Prezesa Agencji w dwóch formach:

- plik finansowo-księgowy (dalej plik FK) ukazujący koszty przypisane do ośrodków powstawania kosztów (dalej OPK) świadczeniodawcy, stanowiący podstawę do wyliczenia **kosztów stałych**¹ taryfy świadczeń,
- dane szczegółowe o pojedynczych świadczeniach opieki zdrowotnej, obejmujące informacje o rodzaju oraz wielkości zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur na pojedynczego pacjenta, stanowiące podstawę do wyliczenia **kosztów zmiennych**² taryfy świadczeń.

Przedmiotem niniejszej publikacji jest plik FK, obejmujący ogólne dane finansowo-księgowo przypisane do poszczególnych OPK, takich jak oddziały szpitalne, poradnie, pracownie i inne. Na dane finansowo-księgowo zawarte w pliku FK, niezbędne dla ustalenia kosztów stałych taryfy świadczeń, składają się informacje o kosztach i przychodach OPK oraz inne niefinansowe, takie jak informacje statystyczne, dane o zatrudnieniu oraz środkach trwałych w OPK. Plik ten jest formularzem excelowym opracowanym przez Agencję. Świadczeniodawcy wezwani do przekazania danych wypełniają plik FK w jednolitym formacie.

Jak już wspomniano, plik FK gromadzi dane do poziomu OPK. Pod pojęciem OPK, czyli ośrodka powstawania kosztów, należy rozumieć wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej podmiotu jednostkę organizacyjną dla której gromadzi się pełne koszty zasobów zaangażowanych w tym ośrodku, tj. koszty osobowe, materiałowe (leki, wyroby medyczne, procedury) i infrastruktury.

Ww. warunku nie spełnia OPK, który jest wyodrębniony w systemie finansowo-księgowym, i na którym gromadzi się tylko jeden rodzaj kosztów, na przykład tylko koszty instrumentariuszek bloku operacyjnego czy tylko koszty znieczuleń bloku operacyjnego. W przypadku istniejących tak rozdrobnionych OPK dotyczących tej samej jednostki organizacyjnej (tutaj przykładowo bloku operacyjnego), AOTMiT zaleca połączenie OPK w jeden, gdzie zebrana będzie całość kosztów ośrodka, czyli koszty osobowe (m.in. lekarzy, pielęgniarek czy innego personelu medycznego), koszty materiałowe, czy koszty infrastruktury oddziału/pracowni.

Ponadto ww. warunku nie spełnia również OPK, na którym gromadzone są wyłącznie koszty osobowe personelu świadczącego pracę w ramach różnych jednostek organizacyjnych (np. lekarze rezydenci). W takim przypadku koszty personelu należy uwzględnić w kosztach poszczególnych komórek organizacyjnych, na których faktycznie wykonywana jest praca tego personelu. Wyjątkiem może być OPK Oddział Anestezjologii/Dział Anestezjologii o kodzie resortowym 4950, gromadzący głównie koszty osobowe lekarzy anestezjologów i/lub pielęgniarek anestezjologicznych w szpitalu, których to stawki wynagrodzeń są niezbędne Agencji do wyliczeń taryfowych.

Pliki FK powinny zawierać pełne koszty ośrodka powstawania kosztów (OPK), a więc:

- koszty bezpośrednie OPK – koszty rodzajowe jak: amortyzacja, wynagrodzenia, podatki itd.,
- alokowane koszty pośrednie – koszty przenoszone kluczami podziałowymi na określony OPK z medycznych (np. pracowni) i niemedycznych pomocniczych OPK (np. kuchnia, pralnia, zarząd, księgowość itd.).

Plik FK, stanowiący **Załącznik nr1**, składa się z pięciu arkuszy:

1. **FK.OPK** – arkusz zawierający dane finansowo-księgowo oraz dane o przychodach za dany rok,
2. **Tab1** – tabela zawierająca dane na temat zasobów ludzkich oraz wybrane dane niefinansowe (np. liczba łóżek, osobodni, porad czy liczba sal operacyjnych),

¹ Na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje kosztów: stałe i zmienne. **Koszty stałe** odpowiadają takim elementom składowym świadczenia jak infrastruktura (rozumiana jako wszystkie koszty poza kosztami osobowymi, leków, wyrobów medycznych, tj., obejmujące koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń i sprzętu, narzuty administracji itp.) oraz koszty osobowe.

² **Koszty zmienne** obejmują zużycie zasobów takich jak produkty lecznicze, wyroby medyczne czy procedury.

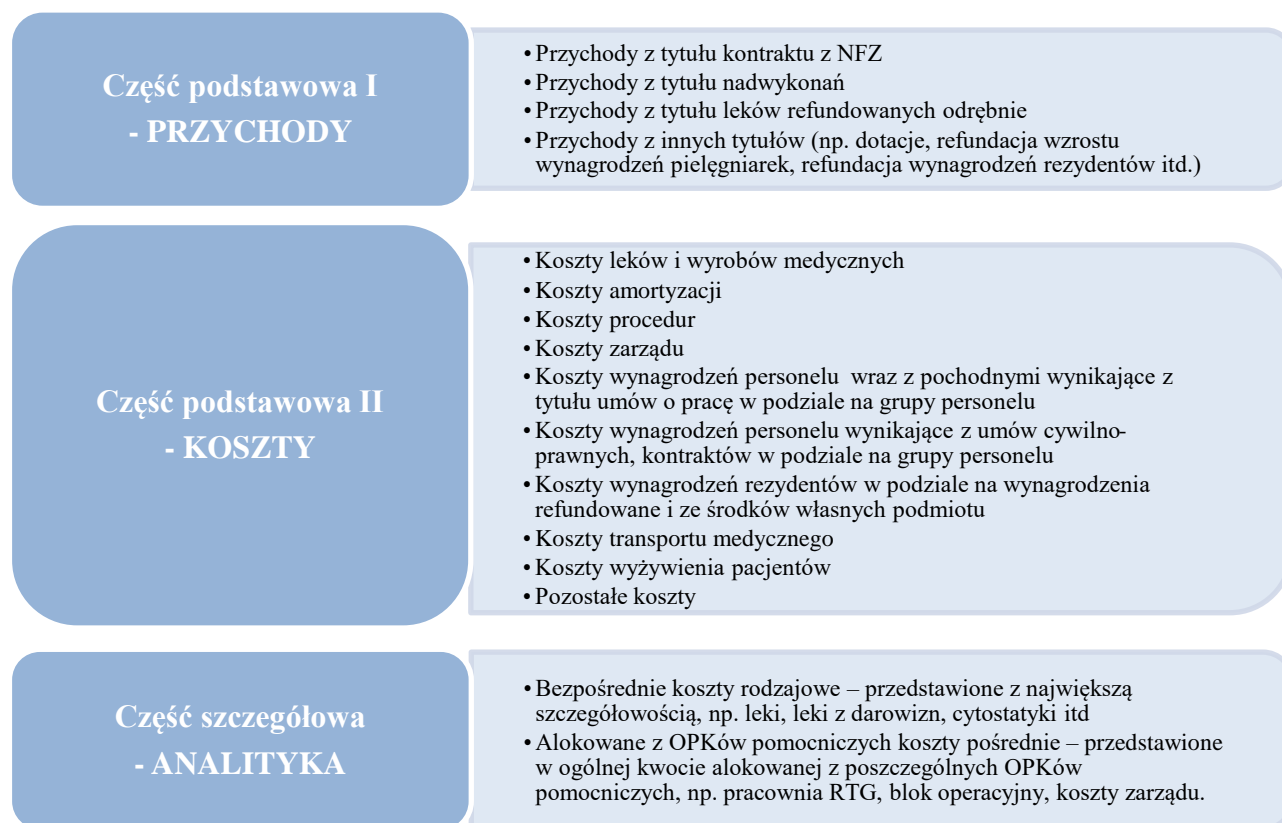
Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

3. **Tab2** – tabela zawierająca dane statystyczne na temat ilości zrealizowanych produktów rozliczeniowych,
4. **Tab3** – tabela zawierająca informacje o kosztach amortyzacji i utrzymania posiadanych środków trwałych (budynków, wyposażenia, środków transportu itd.),
5. **Tab4** – tabela zawierająca informacje o kosztach całkowitych OPK niemedyceńskich oraz OPK, dla których nie jest wymagana pełna FK.

Plik FK, tak jak wspomniano wyżej, jest plikiem excelowym, który wgrany jest przez świadczeniodawców poprzez stronę internetową <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/>, zwaną dalej narzędziem lub systemem. Aby wgrać wypełniony plik FK na stronę, świadczeniodawca po zalogowaniu wybiera przycisk IMPORT EXCEL i w ten sposób jego dane wgrane są do systemu AOTMiT. Narzędzie posiada mechanizmy sprawdzające, które podświetlają na czerwono błędy popełnione przez świadczeniodawcę w pliku FK. Niektóre zatem błędy wskazywane są na poziomie automatycznej weryfikacji przez narzędzie, pozostałe zaś, wychwytywane są przez analityka AOTMiT, co zostanie rozwinięte szerzej w rozdziale 2.6 „Weryfikacja plików FK”.

2.1. Arkusz FK.OPK

Dane w pierwszym arkuszu FK.OPK podzielone są na trzy części: część podstawową I i II oraz część szczegółową (analitykę). Część podstawowa I i część podstawowa II to wybrane, istotne dla AOTMiT pozycje przychodowe i kosztowe, służące do wyliczeń składowych taryf (np. stawek wynagrodzeń personelu czy kosztu osobodnia). Część szczegółowa, czyli analityka, jest wykazem kosztów kont analitycznych, gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość wynikają ze stosowanego przez świadczeniodawcę planu kont. Schemat danych znajdujących się w arkuszu FK.OPK przedstawia Rysunek 1.



Rysunek 1 Schemat danych znajdujących się w arkuszu FK.OPK *Źródło: opracowanie własne*

Wartości kosztów z poszczególnych kategorii określonych przez Agencję w części podstawowej II weryfikowane są z kwotami z systemu księgowego świadczeniodawcy czyli analityką. Analityk AOTMiT sprawdza, czy koszty w analityce są prawidłowo zakwalifikowane do poszczególnych pozycji kosztowych w części podstawowej II, np. czy nie pominięto kosztów wyrobów medycznych w pozycji B „Koszty leków i wyrobów medycznych”. Koszty przedstawione bowiem w części II przenoszone są do bazy danych i na ich podstawie wyliczane są składowe taryf.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

W tym miejscu warto wspomnieć także o podziale kosztów wynagrodzeń na grupy personelu. W pliku FK wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę jak i umów cywilno-prawnych podzielono na następujące kategorie personelu:

- 1) Lekarze, w tym:
 - a) w normalnej ordynacji (na oddziale),
 - b) na dyżurze,
 - c) w gotowości (pod telefonem),
 - d) wykonujący procedury medyczne,
- 2) Pielęgniarki i położne,
- 3) Perfuzjoniści,
- 4) Psychologowie/psychoterapeuci,
- 5) Dietetycy,
- 6) Logopedzi,
- 7) Rehabilitanci/fizjoterapeuci,
- 8) Fizycy medyczni,
- 9) Technicy,
- 10) Terapeuci zajęciowi,
- 11) Pozostały personel medyczny,
- 12) Pozostały personel niemedyczny,
- 13) Rezydenci, w tym:
 - a) wynagrodzenia rezydentów refundowane,
 - b) wynagrodzenia rezydentów ze środków własnych podmiotu leczniczego.

Dodatkowo należy podkreślić, że AOTMiT posługuje się pojęciem wynagrodzenia, jednakże definicja wynagrodzeń (przypisy do poz. F i G pliku FK – w Załączniku nr 1) wyraźnie wskazuje, że są to pełne koszty osobowe, gdyż zawierają oprócz samych wynagrodzeń także pochodne i wszystkie koszty związane z zatrudnianiem pracowników (odpisy na ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej itd.). I właśnie koszty osobowe należy mieć uwadze, kiedy wspomniane są wynagrodzenia czy stawki wynagrodzeń.

Poniżej zostały przedstawione definicje ważniejszych kategorii kosztowych: kosztów procedur, zarządu i amortyzacji budynków.

Koszt procedur obejmuje koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej (np. w pracowni EEG lub na bloku operacyjnym będących w strukturach podmiotu leczniczego), przypisanych bezpośrednio do kosztów pacjenta.

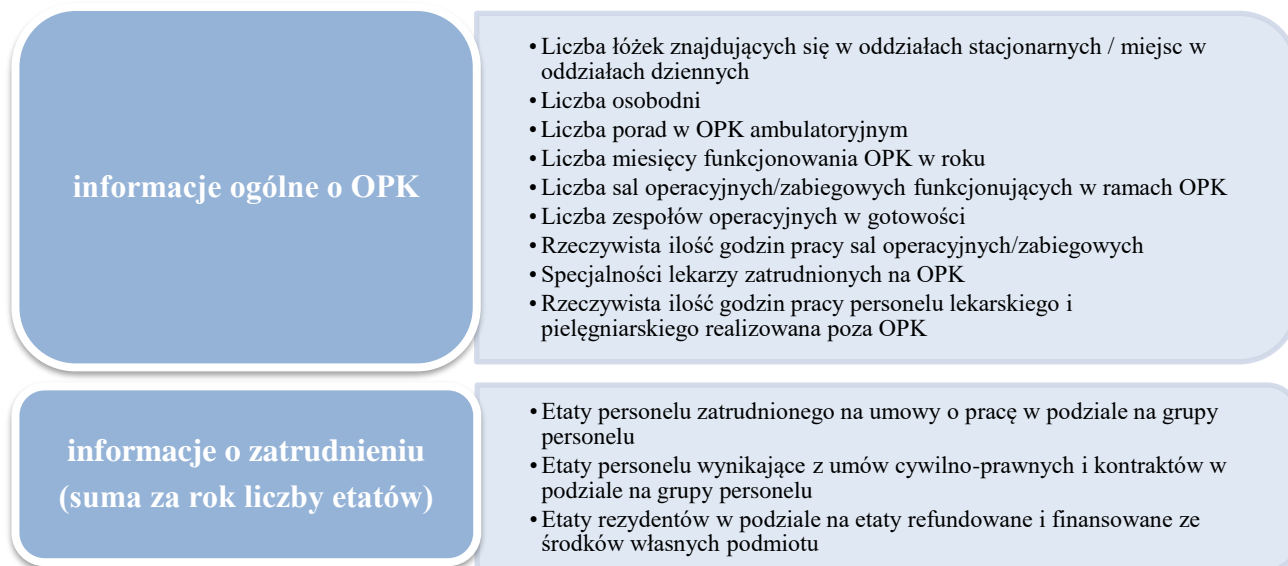
Koszty zarządu rozumiane są jako rozliczone koszty ośrodków związanych z zarządzaniem i administrowaniem podmiotem jako całością. W szczególności do tych kosztów będą zaliczone koszty wynagrodzeń personelu zajmującego się tą działalnością, koszty związane z zawieraniem i rozliczaniem kontraktu z płatnikiem, realizacją zamówień publicznych, księgowością, kadrami itp.

Koszt amortyzacji środków trwałych kategorii c1 – budynki, powinien być wykazany w pozycji C Koszty amortyzacji, w części podstawowej II. Niektórzy świadczeniodawcy nie przypisują bezpośrednio kosztów amortyzacji budynku do poszczególnych OPK, tylko gromadzą koszty amortyzacji budynków na kontach ogólnoadministracyjnych czy zarządu (które są kontami gromadzącymi koszty dla całej jednostki), co oznacza, że pozycja c1 pliku FK jest pusta w poszczególnych OPK. W takiej sytuacji, dla celów porównywalności danych w systemie, Agencja prosi o wyłączenie kosztów amortyzacji budynku z kosztów ogólnoadministracyjnych i przypisanie ich do poszczególnych OPK wg powierzchni OPK. Przeniesienie kosztów amortyzacji budynku z kosztów ogólnoadministracyjnych do kosztów amortyzacji OPK jest ważne i może mieć wpływ na wysokość osobodnia. Dzieje się tak, ponieważ przeniesiony koszt amortyzacji budynku do OPK zostaje włączony bezpośrednio do kosztu osobodnia tego OPK. Natomiast jeżeli koszt amortyzacji budynków pozostałby w kosztach ogólnoadministracyjnych (czyli nie byłby uwzględniony w poz. c1), zostałby on wraz z wszystkimi kosztami ogólnoadministracyjnymi alokowany na poszczególne OPK ale w innych wysokościach. Wielkość amortyzacji budynku pozostałaby ukryta w alokowanych na OPK kosztach pośrednich ogólnoadministracyjnych. Po prostu koszty ogólnoadministracyjne są rozdzielane na OPK wg zupełnie innych kluczy podziałowych oraz zawierają także całą gamę zupełnie innych kosztów administracyjnych ponoszonych przez świadczeniodawcę. Pozostawienie amortyzacji budynków w kosztach ogólnoadministracyjnych w znaczący sposób zawyża alokowane do OPK koszty zarządu.

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

2.2. Arkusz Tab1

Dane zawarte w drugim arkuszu pliku FK – Tab1 - można zakwalifikować do dwóch obszarów: części z informacjami ogólnymi o danym OPK oraz części z danymi o ilości zatrudnienia w OPK, co przedstawia Rysunek 2. Dane zawarte w Tab1 przenoszone są do bazy danych, ponieważ są niezbędne do wyliczenia składowych taryf.



Rysunek 2 Schemat danych znajdujących się w arkuszu Tab1 Źródło: opracowanie własne

Etaty z tytułu umowy o pracę jak i umów cywilno-prawnych podzielono na dokładnie takie same kategorie personelu, jak w przypadku kosztów osobowych. AOTMiT wymaga, aby informacja o liczbie etatów w Tab1 była kompatybilna z przedstawionymi wynagrodzeniami w arkuszu FK.OPK, tzn. jeżeli pojawia się wynagrodzenie pielęgniarek z umów o pracę w FK.OPK to powinny zostać pokazane także etaty pielęgniarek z umów o pracę w Tab1, ponieważ to pozwoli na wyliczenie ich stawki godzinowej.

Przedstawiając etaty w Tab1 świadczeniodawca powinien zachować współmierność między kosztami wynagrodzeń pracowników przebywających na długotrwałych urloпах czy zwolnieniach lekarskich (słowem długotrwałych absencjach) a etatami, tzn. jednostka nie powinna wykazywać etatów pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach/urloпах, gdyż to powoduje zaniżanie wyliczanych przez Agencję stawek personelu. Od momentu, kiedy pracownik zaczyna otrzymywać wynagrodzenie z ZUS (zatem świadczeniodawca nie ponosi kosztów jego zatrudnienia), jego etat nie powinien być wykazywany w Tab1.

W przypadku umów cywilno-prawnych i kontraktów, AOTMiT wymaga przeliczania innych niż umowa o pracę form zatrudnienia personelu na odpowiedniki etatów. Można to zrobić następująco:

- przy ewidencji czasu pracy należy przyjąć założenie, że 1 etat=160 godzin miesięcznie,
- przy procedurach bez ewidencji czasu pracy - wyznacznikiem czasu pracy personelu może być średni czas trwania procedury (powiększony o dodatkowy czas na przygotowawcze czynności lekarskie/pielęgniarskie/inne).

Sprowadzenie różnych form zatrudnienia do jednego wspólnego mianownika, którym jest wymiar etatu jest koniecznością i jest bardzo istotne. Wspólny mianownik zapewnia porównywalność między świadczeniodawcami wielkości zaangażowania pracowników w osobodzień czy procedurę. Z danych będących w posiadaniu AOTMiT wynika, że poziom zatrudnienia na umowy cywilno-prawne i kontrakty w niektórych polskich szpitalach nierzadko sięga 50% w niektórych OPK. Jednakże, gdyby nie istniała prawna możliwość zawierania kontraktów, w ich miejsce szpitale musiałyby zatrudniać dodatkowo personel na umowę o pracę i wykazać ich wymiar etatowy. I taką właśnie rolę pełnią przeliczone inne formy zatrudnienia na odpowiedniki etatów – dzięki temu AOTMiT może zorientować się o skali zatrudnienia personelu na inne niż umowy o pracę umowy w systemie. Poza tym stawka godzinowa wyliczona tylko z wynagrodzeń o pracę nie oddawałaby rzeczywistości i byłaby zaniżona.

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

2.3. Arkusz Tab2

Kolejna tabela w pliku FK - Tab2 - prezentuje produkty rozliczeniowe zrealizowane na poszczególnych OPK wraz z ich licznością. Kody zakresów oraz kody produktu sprawozdawanego są zgodne ze słownikiem NFZ. W tabeli powinny znaleźć się wszystkie zrealizowane produkty, bez względu na to czy zostały one zapłacone przez NFZ. W przypadku migracji pacjenta z oddziału na oddział, produkty powinny być wykazane na tym OPK, na którym pacjent został rozliczony.

2.4. Arkusz Tab3

Informacja o środkach trwałych posiadanych przez świadczeniodawców zawarta jest w Tab3 pliku FK. Jest to lista wszystkich środków trwałych pozostających w użyciu, bez względu źródło jego sfinansowania czy stopień zamortyzowania. Środki trwałe mają nadane kategorie od c1 do c5 (analogicznie jak w arkuszu FK.OPK), w odniesieniu do grup środków trwałych z Klasyfikacji Środków Trwałych AOTMiT sugeruje następujący podział:

- c1 = grupa 1 i 2;
- c2 = grupy 3-6;
- c3 = grupa 7;
- c4 = grupa 8.

Dla każdego środka trwałego znajdującego się w Tab3 powinna być uzupełniona informacja o jego wartości początkowej, rocznym koszcie amortyzacji, jeżeli środek jest niezamortyzowany, roku nabycia, miesiącach funkcjonowania środka trwałego w ciągu sprawozdawanego okresu. Istnieje możliwość wykazywania większej liczby takich samych środków trwałych w jednym wierszu, w takim przypadku wartość podana w kolumnie „Wartość początkowa środka trwałego i WNiP” powinna być sumą pojedynczych wartości początkowych. Jeśli jakiś środek trwały jest współdzielony przez kilka OPK, wówczas zalecanym sposobem jest wykazanie w pozycji „Liczba sztuk środków trwałych i WNiP” tylko części przypadającej na dany OPK czyli jego udziału. Dotyczy to m.in. środków trwałych kategorii c1 – budynki. Jeśli w budynku znajduje się kilka oddziałów, to w Tab3 budynek powinien być wykazany w każdym OPK z właściwą częścią w kolumnie „Ilość sztuk środków trwałych i WNiP” wynikającą z powierzchni danego oddziału, np. 0,12 jeśli powierzchnia oddziału stanowi 0,12 (12%) powierzchni całkowitej budynku. Dodatkowo w każdym OPK należy podać pełną wartość budynku w kolumnie „Wartość początkowa środka trwałego i WNiP”.

Ważne jest, aby w Tab3 zamieścić informacje o całkowicie zamortyzowanych środkach trwałych pozostających ciągle w użyciu wraz z ich wartością początkową, ponieważ Agencja uwzględni w kosztach świadczeń i wylicza amortyzację odtworzeniową.

2.5. Arkusz Tab4

Do wyceny świadczeń medycznych Agencja wykorzystuje przede wszystkim dane z OPK medycznych. W Tab4 wykazane są natomiast koszty całkowite głównie z OPK niemedycznych oraz z OPK medycznych, dla których nie jest wymagane przedstawienie szczegółowej informacji poprzez wypełnienie pełnego pliku FK. Informacja o kosztach całkowitych z OPK niemedycznych pozwala Agencji m. in. na weryfikację czy świadczeniodawca we właściwy sposób alokuje koszty pośrednie, co ma wpływ na wysokość wyliczanych składowych taryfy świadczeń medycznych.

2.6. Weryfikacja plików FK

Po wgraniu danych FK do systemu, świadczeniodawca ma możliwość sprawdzenia poprawności danych, klikając przycisk SPRAWDŹ DANE. W przypadku wystąpienia błędów, w systemie pojawią się komunikaty na czerwono, z dokładną informacją gdzie (w którym OPK) wystąpił błąd i jak należy go poprawić. W OPK, w którym wystąpił błąd, zakładka z numerem OPK będzie podświetlana się na czerwono, a po kliknięciu na ten OPK wyświetlona zostanie lista błędów znalezionych przez narzędzie.

Błędy wyświetlane w narzędziu świadczeniodawca powinien poprawić. Polega to na poprawieniu danych FK w pliku excelowym i zaczytaniu go ponownie do systemu. W przypadkach kiedy błędu nie da się poprawić, świadczeniodawca powinien wpisać wyjaśnienia w okienku UWAGI w OPK, którego określony błąd dotyczy. Analityk AOTMiT dokona oceny, czy wyjaśnienia są wystarczające i zrozumiałe.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

Listę sprawdzeń pliku FK pokazano w poniższej tabeli – niektóre sprawdzenia wbudowane są w narzędziu, a niektóre dokonywane są przez analityka AOTMiT.

Tabela 1. Rodzaj sprawdzeń i weryfikacji w plikach FK

Lp	Rodzaj sprawdzeń / weryfikacji danych FK	Sprawdzenie dokonywane przez:		Kluczowe dla prawidłowego wyliczenia taryfy: x=ważne xx=kluczowe!
		narzędzie	analityka AOTMiT	
1	Sprawdzenia sum	x		x
2	Sprawdzenia czy wypełnione są określone ważne pola w pliku FK, np.:	x		x
2a	liczba łóżek i osobodni dla oddziałów szpitalnych	x		xx
2b	liczba sal operacyjnych i godzin pracy bloku dla bloków operacyjnych	x		xx
2c	liczby porad w poradniach	x		x
2d	liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku	x		x
2e	etaty dla tej kategorii personelu, dla której świadczeniodawca przedstawił koszty wynagrodzeń	x		xx
2f	wynagrodzenia dla tej kategorii personelu, dla której świadczeniodawca przedstawił etaty	x		xx
2g	amortyzacja budynków	x	x	x
2h	Dane Ogólne w narzędziu	x		x
3	sprawdzenia czy koszty w analityce sumują się do kosztów całkowitych w każdym OPK	x		x
4	sprawdzenia czy koszty w analityce są prawidłowo zakwalifikowane do poszczególnych pozycji w pliku FK		x	xx
5	sprawdzenie czy w analityce przedstawiono alokowane na OPK koszty pośrednie z innych OPK pomocniczych		x	xx
6	sprawdzenia czy koszty poszczególnych kategorii amortyzacji c1 do c5 zgadzają się z przedstawioną sumą amortyzacji w poszczególnych kategoriach w Tab3 czyli tabelą z wyszczególnionymi środkami trwałymi pogrupowanymi w kategorii amortyzacyjne	x		x
7	sprawdzenie czy wypełnione etaty w Tab1 są prawidłowe, np. czy nie podano ilości etatów średniomiesięcznych zamiast rocznych		x	xx
8	sprawdzenia czy stawki wynagrodzeń personelu mieszczą się w „zaszytych” widełkach, czyli czy nie są zbyt niskie lub zbyt wysokie dla określonej kategorii personelu	x	x	xx
9	sprawdzenie obłożenia oddziału i bloku operacyjnego	x		xx
10	sprawdzenia czy wypełniona jest Tab2 ze statystyką produktów rozliczeniowych oraz czy wymienione produkty rozliczeniowe nie ograniczają się tylko do tych zawartych we wniosku o udostępnienie danych (jako że świadczeniodawca przedstawia pełne koszty OPK, w Tab2 musi przedstawić wszystkie produkty rozliczone w OPK, nie tylko te wymienione we wniosku)	x	x	x
11	sprawdzenie czy wypełniona jest Tab3 ze środkami trwałymi	x		x
12	sprawdzenie czy w Tab3 przedstawione są także zamortyzowane środki trwałe od których Agencja dolicza amortyzację odtworzeniową		x	xx
13	sprawdzenie zależności pomiędzy liczbą sztuk środków trwałych a wartością początkową środka trwałego		x	xx
14	zweryfikowanie przedstawionych przez świadczeniodawcę wyjaśnień wpisanych w okienku UWAGI w narzędziu		x	xx
15	merytoryczna ocena przesłanych danych FK, czy dane są spójne i mają sens, np. czy wyliczony osobodzien nie jest zbyt niski/wysoki w porównaniu do podobnych wyliczeń w określonej kategorii medycznej		x	xx

Źródło: opracowanie własne

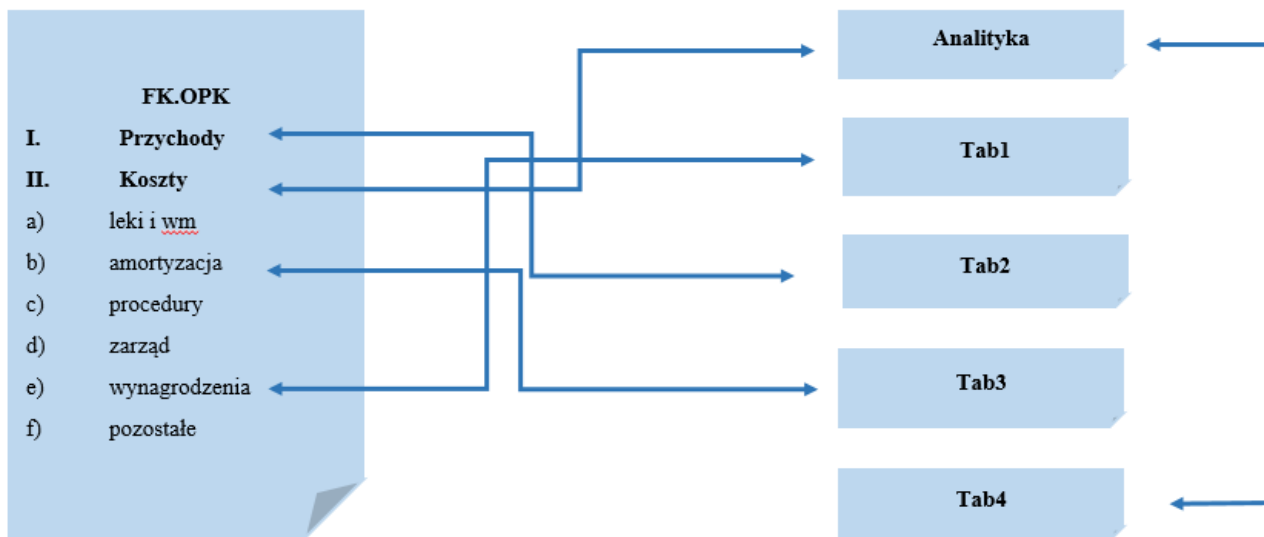
Automatyczne sprawdzenia wbudowane w narzędziu:

- A) Dotyczące stawek personelu medycznego: zaszyte widełki stawek wynagrodzeń personelu poniżej/powyżej których wyświetlają się w narzędziu komunikaty, że stawka wynagrodzeń jest zbyt niska/ zbyt wysoka. Zaszyte minimalne stawki godzinowe wyliczane są na podstawie danych z pozostałych podmiotów na podobnych OPK, czy dla podobnych specjalizacji i uwzględniają wymagania wynikające z przepisów prawa regulujących poziom minimalnych wynagrodzeń dla zawodów medycznych. Oznacza to, że przykładowo narzędzie wylicza stawki wynagrodzeń i wyświetla komunikat tylko wtedy, jeżeli stawki znajdują się poza widełkami, np. jeżeli stawka wynagrodzeń pielęgniarek wyniesie 22 zł/godzinę.
- B) Dotyczące obłożenia oddziału: jeżeli obłożenie oddziału będzie niższe niż 50%, narzędzie wyświetli komunikat o możliwym błędzie, tak, aby świadczeniodawca sprawdził, czy podał prawdziwe dane na temat liczby łóżek czy też liczby osobodni.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

- C) Dotyczące stopnia wykorzystania bloku operacyjnego (obłożenia bloku operacyjnego): jeżeli poziom wykorzystania bloku jest niższy niż 50%, narzędzie wyświetli komunikat o możliwym błędzie, tak, aby szpital sprawdził czy przy podanej ilości sal operacyjnych przedstawił prawidłowe dane na temat ilości godzin pracy bloku operacyjnego.

Poniższy rysunek przedstawia schemat zależności weryfikacyjnych poszczególnych pozycji pliku FK – zarówno kosztowych jak i przychodowych.



Rysunek 3 Schemat zależności przy weryfikacji poszczególnych pozycji pliku FK *Źródło: opracowanie własne*

3. Składowe taryf wyliczane z danych FK - metodyka

Składowe taryf wyliczane z danych FK to:

- 1) średnie stawki wynagrodzeń personelu w zł/godz. w podziale na kategorie personelu np. lekarzy, pielęgniarek itd.,
- 2) średni koszt osobodnia w oddziałach szpitalnych,
- 3) średni koszt infrastruktury na 1 godz. pracy bloku/sali operacyjnej/ sali zabiegowej.

3.1. Stawki wynagrodzeń personelu

Informacja o kosztach osobowych gromadzona jest w podziale na wybrane kategorie personelu, takie jak: lekarz, lekarz rezydent, pielęgniarka, itd. – jak to zostało wyżej przedstawione. Odrębnie ewidencjonowane są dane dotyczące zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych.

Zgodnie z wytycznymi Agencji, koszty osobowe powinny obejmować koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem, takie jak odpisy na ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej.

W takim samym podziale gromadzone są informacje o wymiarze zatrudnienia wyrażonym w łącznej liczbie etatów w danym okresie. W celu ujednoczenia przekazywanych danych, zapewnienia ich porównywalności i możliwości analizy, świadczeniodawcy są zobowiązani do przeliczania wszystkich form zatrudnienia na etaty przy założeniu, że jeden etat to 160 godzin pracy w miesiącu.

Z analizy danych obejmujących koszty osobowe wykluczane są przypadki, w których średnia wysokość wynagrodzenia przypadająca na jeden etat jest niższa od wysokości minimalnego wynagrodzenia określonego przepisami prawa. Obliczany jest koszt przypadający na jedną godzinę pracy, zgodnie ze wzorem:

$$\text{stawka godzinowa} = \frac{\text{koszty wynagrodzeń z umów o pracę} + \text{koszty wynagrodzeń z umów cywilno prawnych i kontraktów}}{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno prawnych i kontraktów}) / 160 \text{ godz.}}$$

Czas pracy dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę korygowany jest o czas absencji spowodowanej urlopem wypoczynkowym (przyjęto, że czas ten stanowi 10% całkowitego czasu pracy).

3.2. Osobodzień

Koszt osobodnia pobytu na oddziale szpitalnym stanowi różnicę między kosztami całkowitymi OPK a kosztami leków i wyrobów medycznych oraz procedur medycznych – schemat przedstawiono niżej na Rysunku 4. A zatem koszt osobodnia obejmuje koszty bezpośrednie i pośrednie, takie jak: koszty osobowe, ogrzewania, energii, wody, podatki i ubezpieczenia (np. od nieruchomości, opłaty skarbowe, sądowe i in.), konserwacji i naprawy sprzętu, zarządu, administracji (księgowość, statystyka, dział rozliczeń itp.), działu gospodarczego, koszty pralni, kuchni, kotłowni, nabywania i utrzymania oraz amortyzacji środków trwałych i inne.

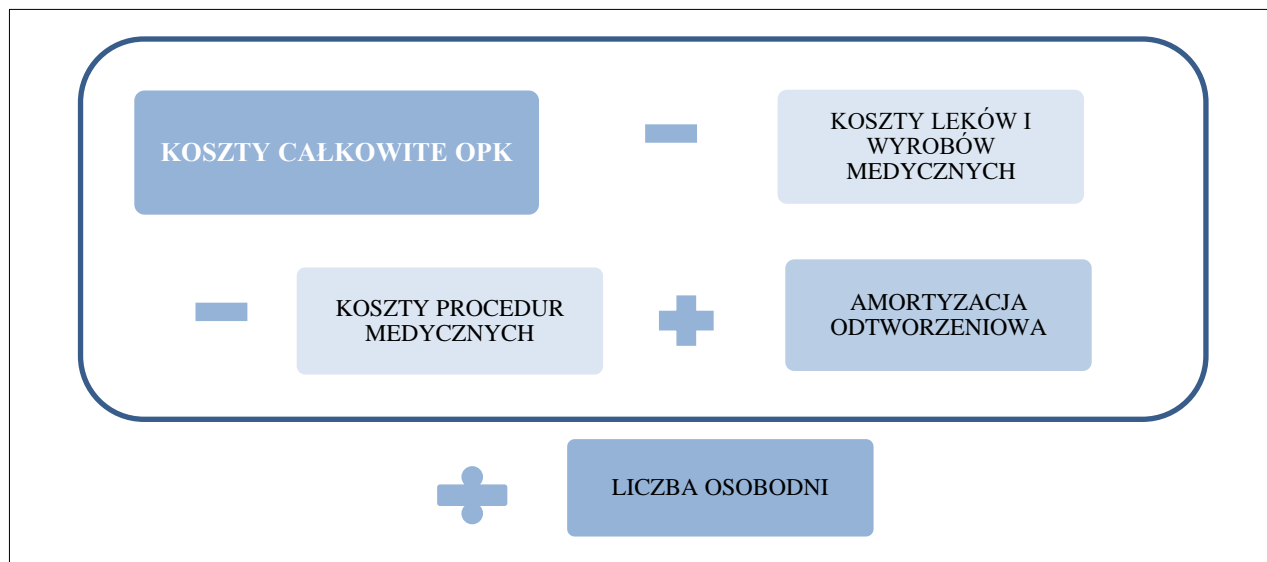
Z kosztu osobodnia odejmowane są zaś koszty procedur oraz leków i wyrobów medycznych. W ramach ujednoczenia sposobu kalkulacji danych koszty pośrednie medyczne (alokowane z pracowni znajdujących się w strukturze podmiotu), a także bezpośrednie koszty dotyczące procedur medycznych nabywanych z zewnątrz przez świadczeniodawcę, są wyłączone z osobodnia. Koszty o które pomniejszony zostaje osobodzień, nakładane są na kolejnym etapie jakim jest wyliczenie taryfy świadczeń. AOTMiT gromadzi szczegółowe dane medyczne na pacjenta, na których podstawie wyliczane są poszczególne składowe świadczeń, tj. koszt leków, wyrobów medycznych i wykonanych procedur, a następnie doliczane są one do taryfy świadczeń.

Dla środków trwałych całkowicie zamortyzowanych ale nadal pozostających w użyciu obliczana jest i doliczana do osobodnia amortyzacja odtworzeniowa, co zapobiega „utracie” części kosztów. Działanie takie ma na celu urealnienie kosztów przez dodanie amortyzacji, jaką ponosiłby świadczeniodawca, gdyby musiał odtworzyć zamortyzowane środki trwałe.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

Pomniejszone o wskazane wcześniej elementy koszty OPK dzieli się – w zależności od przyjętego wariantu – przez rzeczywistą liczbę osobodni zaraportowanych przez świadczeniodawcę lub przez liczbę osobodni wynikającą z obłożenia przyjętego za optymalne, tj. 85% obłożeniu przez 250 dni roboczych w roku i 50% obłożeniu przez 115 dni wolnych od pracy. Wariant drugi ma na celu uniknięcie wyliczenia zawyżonego kosztu osobodnia wynikającego z niższego niż optymalne obłożenia oddziału.

KOSZT OSOBODNIA



Rysunek 4 Schemat wyliczenia kosztu osobodnia *Źródło: opracowanie własne*

3.3. Koszt infrastruktury bloku na 1 godzinę

Do obliczenia kosztu infrastruktury przypadającego na 1 godzinę realizacji procedur medycznych na 1 stanowisku (np. w jednej sali operacyjnej lub w jednym gabinecie diagnostyczno-zabiegowym) wykorzystuje się koszty łączne infrastruktury stanowiące różnicę między kosztami całkowitymi OPK a kosztami wynagrodzeń, leków i wyrobów medycznych oraz procedur medycznych. Koszty te dołączane są na etapie wyceny procedur, ze względu na ich różny czas trwania, zużycie materiałów oraz różny udział zasobów ludzkich. Podejście to jest adekwatne do opisanego w podrozdziale 3.2 w przypadku wyliczania kosztów osobodnia i również opiera się na szczegółowych danych medycznych na pacjenta.

Łączne koszty infrastruktury dzieli się – w zależności od przyjętego wariantu - przez rzeczywistą liczbę godzin pracy zaraportowaną przez świadczeniodawcę lub teoretyczną liczbę godzin pracy OPK wynikającą z liczby sal operacyjnych lub stanowisk oraz przyjętego założenia o liczbie godzin pracy OPK przez 250 dni roboczych w roku. Wariant drugi ma na celu uniknięcie wyliczenia zawyżonego kosztu infrastruktury na godzinę wynikającego z niższego niż optymalne wykorzystania OPK.

4. Błędy popełniane przez świadczeniodawców w plikach FK oraz ich wpływ na wysokość wyliczanych przez AOTMiT składowych taryf

Jakość przekazywanych przez świadczeniodawców danych ma bardzo duży wpływ na wysokość obliczanej taryfy świadczeń. W rozdziale tym przedstawiono kilka przykładów, gdzie niedochowanie staranności przez świadczeniodawców lub też niepełna świadomość, w jakim celu przekazują dane do Agencji, czy też po prostu zwykłe błędy, mają wpływ na wyniki analiz i dalej, na wyniki wyliczanego przez Agencję osobodnia i końcowej taryfy świadczeń.

4.1. Niepełne koszty zaksięgowane w OPK

Analizując plik FK klinicznego szpitala X uwagę analityka AOTMiT zwróciły dane przekazane z dwóch oddziałów transplantologicznych z kodem resortowym 4650 i 4652. Koszt osobodnia (z wynagrodzeniami) wyliczony na oddziale 4652 wyniósł tylko 132 zł bez amortyzacji odtworzeniowej (164 zł z dodaną amortyzacją odtworzeniową), na drugim oddziale 716 zł bez amortyzacji odtworzeniowej (891 zł z amortyzacją odtworzeniową). W przypadku pierwszego, byłby to najniższy koszt osobodnia na transplantologii spośród szpitali w Polsce! W poniższej tabeli przedstawiono dane oddziału 4652.

Tabela 2. Analiza kosztu osobodnia oddziału 4652 przed poprawą

OPK	ilość łóżek	ilość osobodni	ilość osobodni teoretycznych	obłożenie na łóżko			
4652	24	9 226	6 480	105,32%			
Kategoria kosztu	KOSZT [PLN]	Udział %	Składowa osobodnia [TAK/NIE]	Liczba etatów w miesiącu [SZT]	Liczba etatów na 1 łóżko	Koszty osobowe na godzinę [PLN]	
Koszty osobowe personelu, w tym:	748 542	50%	TAK	9,83	0,41	44,05	
<i>lekarzy</i>	328 543	22%	TAK	3,00	0,13	63,38	
<i>pielęgniarek</i>	419 998	28%	TAK	6,83	0,28	35,57	
<i>pozostalego personelu</i>	0	0%	TAK	0,00	0,00		
<i>rezydentów</i>	0	0%	TAK	0,00	0,00	0,00	
Amortyzacja razem	330 647	22%	TAK				
<i>Amortyzacja</i>	39 199	3%	TAK				
<i>Amortyzacja odtworzeniowa</i>	291 448	19%	TAK				
Zarząd	112 571	7%	TAK				
Transport medyczny	20 356	1%	TAK				
Żywnienie	0	0%	TAK				
Pozostałe koszty	296 820	20%	TAK				
RAZEM ROCZNE KOSZTY WCHODZĄCE DO OSOBODNIA	1 508 935	100,00%					
Procedury medyczne	959 430		NIE				
Leki i wyroby medyczne	900 796		NIE				
KOSZT OSOBODNIA [PLN]	164						
BEZ AMORTYZACJI ODTWORZENIOWEJ	132						

Źródło: opracowanie własne

Analityk zwrócił uwagę m.in. że przyczyną tak niskiego osobodnia są:

- 1) Niskie koszty infrastruktury jak i koszty całkowite OPK: koszty całkowite jednego oddziału wynosiły 3 mln zł, zaś drugiego 2,5 mln zł, podczas gdy średni koszt całkowity w systemie dla oddziału transplantologicznego wynosił ok 9 mln zł. W OPK 4652 nie wykazano kosztów wynagrodzeń żadnego innego personelu niż lekarze i pielęgniarki, a wykazane wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek w zbyt niskiej wysokości, brak kosztów żywienia pacjentów itd.
- 2) Niewłaściwa liczba łóżek i/lub osobodni – dane pokazane w poniższej tabeli.

Tabela 3. Liczba osobodni i obłożenie obu oddziałów świadczeniodawcy X przed poprawą

OPK	ŁÓŻKA	OSOBODNI	TEORETYCZNE OSOBODNI	OBŁOŻENIE
4652	24	9 226	6 480	105,32%
4650	10	469	2 700	12,85%

Źródło: opracowanie własne

Na pierwszym oddziale liczba osobodni wydaje się zawyżona, na drugim znacznie zaniżona. Teoretyczne osobodni wynikają z obłożenia przyjętego za optymalne, co przedstawiono w podrozdziale 3.2.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

- 3) Rekordowo mało środków trwałych przypisanych do ww. oddziałów. Niestety także przekazane w Tab3 dane o środkach trwałych były niepełne. W ewidencji każdego oddziału szpital wykazał jedynie kilka rekordów. Niemożliwym wydawało się, żeby kliniczne oddziały transplantologii miały tak niską liczbę zaewidencjonowanych środków trwałych oraz żeby miały tak niskie koszty amortyzacji. Dodatkowo, w celu urealnienia taryf, Agencja dolicza amortyzację odtworzeniową od środków zamortyzowanych będących w ciągłym użyciu. Szpital wykazał dwa środki trwale zamortyzowane w pierwszym OPK i jeden w drugim.

Analitycy dwukrotnie poprosili o sprawdzenie danych i dwukrotnie otrzymali odpowiedź szpitala, że dane są poprawne, że zaksięgowane na OPK koszty się zgadzają, że środki trwałe i ich amortyzacja wykazane są poprawnie, że Tab3 pokazuje sprzęt medyczny przypisany dla OPK, ale szpital nie jest w stanie kontrolować przesunięć sprzętu z OPK na OPK. Na koniec szpital stwierdził, że pomimo wielkich chęci, dane FK nie zostaną zmienione.

Dopiero trzeci monit i telefon do szpitala przyniósł skutek. Okazało się, że na obu oddziałach nie są zaksięgowane wszystkie koszty, ponieważ na OPK kliniki księgowane były niektóre koszty stałe wspólne dla kilku oddziałów znajdujących się w jej strukturze (w tym dla obu oddziałów transplantologicznych) i te wspólne koszty nie były rozdzielane na oddziały znajdujące się w strukturze tej kliniki. Większość kosztów personelu medycznego pracującego na rzecz oddziałów pozostała na OPK klinika i też nie została rozdzielana na OPK wewnątrz kliniki. Po dokonanej przez świadczeniodawcę korekcie koszt osobodnia wzrósł w oddziale 4652 do 971 zł bez amortyzacji odtworzeniowej (1039 zł z dodaną amortyzacją odtworzeniową), natomiast w oddziale 4650 do 1178 zł (1345 zł z dodaną amortyzacją odtworzeniową).

Tabela 4. Analiza kosztu osobodnia oddziału 4652 po poprawie danych przez szpital

OPK	ilość łóżek	ilość osobodni	ilość osobodni teoretycznych	obłożenie na łóżko		
4652	24	4 265	6 480	48,69%		
Kategoria kosztu	KOSZT [PLN]	Udział %	Składowa osobodnia [TAK/NIE]	Liczba etatów w miesiącu [SZT]	Liczba etatów na 1 łóżko	Koszty osobowe na godzinę [PLN]
Koszty osobowe personelu, w tym:	2 803 706	63%	TAK	32,55	1,36	49,84
<i>lekarzy</i>	1 364 485	31%	TAK	10,72	0,45	73,64
<i>pielęgniarek</i>	1 283 095	29%	TAK	17,50	0,73	42,43
<i>pozostałego personelu rezydentów</i>	156 126	4%	TAK	4,33	0,18	20,85
<i>rezydentów</i>	0	0%	TAK	0,00	0,00	0,00
Amortyzacja razem	409 671	9%	TAK			
<i>Amortyzacja</i>	118 223	3%	TAK			
<i>Amortyzacja odtworzeniowa</i>	291 448	7%	TAK			
Zarząd	327 123	7%	TAK			
Transport medyczny	31 074	1%	TAK			
Żywnienie	74 037	2%	TAK			
Pozostałe koszty	787 695	18%	TAK			
RAZEM ROCZNE KOSZTY WCHODZĄCE DO OSOBODNIA	4 433 305	100,00%				
Procedury medyczne	1 408 548		NIE			
Leki i wyroby medyczne	1 224 959		NIE			
KOSZT OSOBODNIA [PLN]	1 039					
BEZ AMORTYZACJI ODTWORZENIOWEJ	971					

Źródło: opracowanie własne

Podobny, negatywny wpływ na wysokość osobodnia ma także sytuacja, kiedy świadczeniodawca posiada wydzielone w strukturze organizacyjnej pododdziały i księguje na nich tylko niektóre wybrane koszty np. koszty materiałowe. Przekazywanie takich szczerkowych danych jest niewłaściwe, gdyż wyliczony na ich podstawie koszt osobodnia byłby zaniżony, zaś koszt osobodnia oddziału nadrzędnego byłby zawyżony. Oczywiście szpital może wydzielać takie OPK (pododdziały), gdy jest zainteresowany np. wysokością kosztów materiałowych tego pododdziału. Natomiast dla AOTMiT taki OPK z niepełnymi kosztami jest bezużyteczny i Agencja zaleca albo włączenie kosztów pododdziału do kosztów oddziału głównego i przekazanie do Agencji danych FK tylko oddziału nadrzędnego bądź też uzupełnienie kosztów pododdziału o brakujące koszty (czyli o wydzielenie z kosztów oddziału nadrzędnego kosztów wynagrodzeń personelu oraz pozostałych kosztów infrastrukturalnych, jak amortyzacja, koszty energii, mediów itd. – o te wydzielone koszty obniżą się zatem koszty oddziału głównego).

4.2. Błędy wpływające na stawki wynagrodzeń personelu

Błędy w zakresie danych o kosztach osobowych i etatach są niezwykle istotne z punktu widzenia wyliczenia składowych taryfy, takich jak osobodzeń pobytu na oddziale czy wysokości wyliczanych stawek godzinowych pracy personelu. Koszty osobowe na niektórych OPK stanowią od 50% do 70% kosztów całkowitych OPK.

Najczęściej popełniane błędy w zakresie kosztów osobowych w FK.OPK oraz etatów w Tab1, które wpływają na wysokość wyliczanych przez Agencję stawek wynagrodzeń personelu:

1. Podawanie w zakładce FK.OPK kosztów rocznych a w Tab1 sumy etatów za miesiąc, a nie za rok.

Wykazywanie w Tab1 sumy etatów za miesiąc, a nie za rok, wynika najczęściej z tego, że świadczeniodawcy nie czytają instrukcji jak należy wypełnić plik. Wyliczone na podstawie takich danych stawki są najczęściej bardzo wysokie, zatem informacja o prawdopodobnym błędzie będzie wyświetlała się w systemie, już na etapie uzupełniania danych przez świadczeniodawcę. Tabela 5 przedstawia stawki godzinowe w jednym OPK świadczeniodawcy Y wyliczone na podstawie danych wgranych do systemu za drugim razem. W pierwszym pliku informacja o etatach nie była w ogóle uzupełniona.

Tabela 5. Wpływ wykazywania etatów miesięcznych zamiast rocznych na wyliczane stawki wynagrodzeń

Kategoria kosztu	KOSZT [PLN]	Składowa osobodnia [TAK/NIE]	przed poprawą		po poprawie	
			Liczba etatów w roku [SZT]	Koszty osobowe na godzinę [PLN]	Liczba etatów w roku [SZT]	Koszty osobowe na godzinę [PLN]
Koszty osobowe personelu, w tym:	1 156 562	TAK	22,21	353,51	173,12	37,03
<i>lekarzy (f/g 1-4)</i>	<i>503 012</i>	TAK	<i>0,12</i>	29 109,48	<i>41,84</i>	75,14
<i>pielęgniarek (f/g 5)</i>	<i>573 924</i>	TAK	<i>19,09</i>	203,92	<i>109,08</i>	35,14
<i>pozostałego personelu niemedycznego (f/g 15)</i>	<i>75 495</i>	TAK	<i>2,50</i>	171,58	<i>21,00</i>	23,44

Źródło: opracowanie własne

Widać, że wyliczone stawki przed korektą są bardzo wysokie i mało prawdopodobne. Po przeprowadzeniu weryfikacji, do podmiotu została skierowana prośba o korektę. W tym przypadku, dane świadczeniodawcy były sprawdzane przez analityka AOTMiT aż dziewięć razy i dopiero takie dane nadawały się do zatwierdzenia i co za tym idzie do wykorzystania przez Agencję do wyliczeń. Dwie ostatnie kolumny prezentują poprawione przez świadczeniodawcę etaty oraz wyliczone na ich podstawie stawki. Powyższy przykład obrazuje jak kolosalne znaczenie dla kalkulacji taryfy ma poprawne i rzetelne wypełnienie przez świadczeniodawców informacji o etatach w Tab1.

2. Wykazywanie w zakładce FK.OPK niepełnych kosztów osobowych, z pominięciem pozycji takich jak: ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej.

Pominięcie w kosztach osobowych takich pozycji jak ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej powoduje wyliczenie niższej stawki wynagrodzeń. Koszty te nie są zwykle wysokie w poszczególnych OPK, więc obniżają one stawki w niewielkim stopniu. Problemem może być, kiedy ten błąd wystąpi w kombinacji z innymi błędami, powodującymi dalsze obniżanie wyliczanych stawek.

3. W przypadku wykonywania pracy przez personel na kilku OPK w ramach jednego etatu, przypisywanie kosztów i etatów tylko do jednego z nich.

Częstym problemem jest wykazywanie kosztów osobowych oraz etatów personelu, który pracuje przykładowo na oddziale, bloku operacyjnym, pracowni i w poradni, tylko na jednym OPK, najczęściej na oddziale. W takiej sytuacji wyliczony koszt osobodnia wyliczony dla oddziału jest znacznie zawyżony a wyliczone etaty przypadające na jedno łóżko znacznie przewyższają wymagane normy. Z kolei koszty całkowite na pozostałych OPK są znacznie zaniżone. Niewykazywanie w systemach finansowo – księgowych kosztów personelu na OPK, na których faktycznie wykonywana jest praca stwarza również problem w postaci rozbieżności pomiędzy danymi FK a tymi wskazywanymi w danych szczegółowych na pacjenta. Sytuacje takie wymagają każdorazowo sprawdzenia i korekty co wiąże się z dodatkowym nakładem pracy zarówno po stronie Agencji ale przede wszystkim u świadczeniodawcy oraz w znaczny sposób wydłużają czas od momentu przekazania danych po raz pierwszy do momentu doprowadzenia danych do stanu, który pozwoli na ich wykorzystanie w procesie taryfikacji.

Bardzo ważne jest aby świadczeniodawca odpowiednio przypisał wynagrodzenia i etaty do oddziałów oraz pracowni, ponieważ w pierwszym przypadku, wartość osobodnia zawiera w sobie koszty osobowe, natomiast w drugim, są one przypisywane oddzielnie do wykonywanej procedury. Zdarza się, że personel, który pracuje także w pracowni, został wskazany w oddziale. Taka sytuacja powoduje, że koszt osobodnia zostaje zawyżony, natomiast do pracowni nie można przypisać kosztów pracy odpowiedniego personelu, co w takiej sytuacji powoduje zaniżenie wyceny konkretnej procedury.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

4. Wykazywanie w Tab1 etatów osób przebywających na długotrwałych zwolnieniach lekarskich czy urlopach macierzyńskich, na rzecz których świadczeniodawca nie poniósł kosztów wynagrodzeń.

Wykazywanie w Tab1 etatów personelu przebywającego na długotrwałych absencjach powoduje zaniżenie stawek wynagrodzeń personelu, co zostało omówione w rozdziale 2.2. Wpływ tego jak i następnego błędu na stawki jest pokazany w Tabeli 6 poniżej.

5. Wykazywanie w Tab1 pełnych etatów w przypadkach, kiedy personel pracował na cząstkę etatu.

Zdarzają się także przypadki, że wykazane w Tab1 etaty zostają zawyżone, gdyż świadczeniodawca przyjął zasadę, że jeden człowiek to jeden etat, nie zwracając uwagi na wymiar czasu pracy. A często przecież zdarza się, że personel pracuje na cząstkę etatu.

Tabela 6 przedstawia dane za 2018 rok przekazane przez świadczeniodawcę Z przed i po korekcie. Informacja o błędach, wraz z opisem gdzie mógł wystąpić błąd, wyświetlała się w narzędziu już na etapie wgrzywania danych, niestety świadczeniodawca nie poprawił wówczas błędów i przekazał dane w takiej formie do weryfikacji.

Tabela 6. Wpływ wykazywania zawyżonych etatów na wyliczane stawki wynagrodzeń

Kategoria kosztu	KOSZT [PLN]	Składowa osobodnia [TAK/NIE]	przed poprawą		po poprawie	
			Liczba etatów w roku [SZT]	Koszty osobowe na godzinę [PLN]	Liczba etatów w roku [SZT]	Koszty osobowe na godzinę [PLN]
Koszty osobowe personelu, w tym:	1 349 855	TAK	410,89	20,53	315,69	26,72
<i>psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień (f/g 7)</i>	<i>19 271</i>	<i>TAK</i>	<i>7,53</i>	<i>15,99</i>	<i>5,05</i>	<i>23,85</i>
<i>fizjoterapeutów, rehabilitantów, masażyistów (f/g 10)</i>	<i>744 401</i>	<i>TAK</i>	<i>302,00</i>	<i>15,41</i>	<i>220,10</i>	<i>21,14</i>

Źródło: opracowanie własne

Po weryfikacji poprawności danych przez analityka Agencji, do podmiotu skierowano mail z listą błędów, które należy poprawić, w tym punkt o zbyt niskich stawkach personelu. W odpowiedzi, na tą wiadomość, świadczeniodawca przesłał do Agencji odpowiedź, że sprawozdane dane kosztowe są poprawne, a niskie stawki godzinowej wynikają z uwzględnienia w etatach, etatów osób przebywających na długotrwałych zwolnieniach. Dodatkowo okazało się, że etaty fizjoterapeutów zostały zawyżone, gdyż szpital w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie umowy cywilno-prawnej za procedurę zastosował zasadę, że jeden fizjoterapeuta to jeden pełen etat, a duża część z nich pracowała w wybrane dni tygodnia, a nie codziennie. W kolejnej wiadomości, przesłanej do świadczeniodawcy, pracownicy Agencji zwrócili się z prośbą o korektę liczby etatów o etaty właśnie tych osób. Świadczeniodawca poprawił dane (co obrazują dwie ostatnie kolumny Tabeli 6) i dopiero dane po czterech korektach mogły zostać wykorzystane do obliczeń.

6. Niewłaściwe przeliczenie kontraktów, umów zleceń itp. na odpowiednik etatów w Tab1.

Powszechnym zjawiskiem w polskich szpitalach jest zatrudnianie personelu na podstawie kontraktów czy innych umów cywilno-prawnych. W takich sytuacjach wymagane jest przeliczenie umów na odpowiednik etatu. Jak już to zostało wspomniane w rozdziale 2.2., jest to niezbędne aby zapewnić porównywalność pomiędzy świadczeniodawcami. Dużym ułatwieniem dla świadczeniodawców jest zbieranie informacji o czasowym zaangażowaniu personelu zatrudnionego na umowy cywilno-prawne na bieżąco, tak aby nie wiązało się to z koniecznością przeliczeń dla danych historycznych. Przeliczenia innych niż umowy o pracę form zatrudnienia na odpowiednik etatu bez ewidencji czasu pracy jest trudne, dlatego bardzo często obarczone są one błędami. Przykładowo świadczeniodawca dla ułatwienia przyjmuje, że jedna osoba to jeden etat, a w rzeczywistości jedna osoba to nie zawsze jeden etat, ponieważ nie każdy pracownik pracuje w pełnym wymiarze godzin, a w przypadku kontraktów lekarskich per procedura jeden kontrakt zadaniowy to nie zawsze jeden etat.

7. Zwyczajne pomyłki czy błędy pisarskie.

Zwyczajne pomyłki czy błędy pisarskie także się zdarzają, szczególnie w przypadkach ręcznego wprowadzania danych do narzędzia przez świadczeniodawców, dlatego zalecaną metodą wgrzywania danych do narzędzia jest importowanie plików excelowych.

Wszystkie wymienione powyżej sytuacje wymagają bezwzględnej korekty danych.

Prace polegające na odpowiednim skategoryzowaniu kosztów i etatów są czasochłonne ale niezbędne dla odpowiedniej wyceny świadczeń. Taryfikacja opiera się na uśrednionych danych, które mają przełożenie na skalę krajową, dlatego ważne jest wyeliminowanie wszelkich błędów i niejasności, które mogą powodować zaburzenia w analizach.

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

4.3. Brak alokowanych kosztów pośrednich na OPK, dla którego wyliczany jest osobodzień

Szpital Q w ramach prowadzonego przez AOTMiT postępowania przekazał dane finansowo-księgowo. Po przeprowadzonej przez pracowników Agencji szczegółowej weryfikacji przekazanych danych FK, do podmiotu skierowano zapytanie czy wszystkie koszty z OPK pomocniczych i podstawowych, które działają na ich rzecz, zostały alokowane na OPK finalne.

Uwagę analityka prowadzącego weryfikację zwrócił brak w analityce szpitala Q alokowanych kosztów z OPK takich jak:

- centralna sterylizatornia,
- kancelaria chorych,
- izba przyjęć,
- apteka.

Żaden z tych kosztów nie wystąpił w analityce przekazanych OPK, a z wiedzy osoby analizującej wynikało, że takie OPK funkcjonują w szpitalu. Osoby odpowiedzialne w szpitalu za współpracę z Agencją przekazały wyjaśnienia, z których wynikało, że usługi tego rodzaju są faktycznie realizowane w szpitalu na rzecz OPK finalnych i nie są zamawiane jako usługi obce, a brak alokacji ww. kosztów wynika z polityki księgowej podmiotu oraz braku opracowanych kluczy podziałowych.

W związku z powyższym, Agencja zwróciła się do podmiotu z prośbą o uzupełnienie analityk dla przekazanych OPK o brakujące dane.

Na podstawie poniższego przykładu zaprezentowany został wpływ alokowanych kosztów pośrednich na wysokość wyliczonego przez AOTMiT kosztu osobodnia. Tabela 7 prezentuje koszty OPK przed uzupełnieniem danych.

Tabela 7. Koszty OPK przed uzupełnieniem danych.

Rodzaj kosztu	Koszt [PLN]
Amortyzacja	146 928,18
Zużycie materiałów i energii	1 772 085,30
Usługi obce	1 017 212,62
Podatki i opłaty	84 331,44
Wynagrodzenia	5 837 494,87
ZUS i inne świadczenia na rzecz pracowników	961 142,61
Pozostałe koszty rodzajowe	653 887,00
Koszty alokowane do OPK niewchodzące do osobodnia	3 658 412,00
Zarząd	1 241 544,33
Koszt całkowity	15 373 038,35

Źródło: Opracowanie własne

W analizowanym OPK funkcjonuje 76 łóżek i w badanym okresie świadczeniodawca zrealizował na oddziale 23 288 osobodni, co daje obłożenie 84%.

Tabela 8. Koszt osobodnia wyliczony na podstawie niepełnych danych

Rodzaj kosztu	Koszt [PLN]
Koszt całkowity	15 373 038,35
Koszty alokowane do OPK niewchodzące do osobodnia	3 658 412,00
Koszty wchodzące w koszt osobodnia	11 714 626,35
Liczba zrealizowanych osobodni	23 288
Koszt osobodnia	503,03

Źródło: Opracowanie własne

Wyliczony na podstawie niepełnych danych koszt osobodnia na tym oddziale wyniósł 503,03 zł.

Tabela 9. Koszty OPK po uzupełnieniu danych

Rodzaj kosztu	Koszt [PLN]
Amortyzacja	146 928,18
Zużycie materiałów i energii	1 772 085,30
Usługi obce	1 017 212,62

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

Podatki i opłaty	84 331,44
Wynagrodzenia	5 837 494,87
ZUS i inne świadczenia na rzecz pracowników	961 142,61
Pozostałe koszty rodzajowe	653 887,00
Koszty alokowane do OPK niewchodzące do osobodnia	3 658 412,00
Apteka	205 707,89
Kancelaria Chorych	72 203,96
Izba Przyjęć	815 561,85
Centralna Sterylizacja	109 713,02
Zarząd	1 241 544,33
Koszt całkowity	16 576 225,07

Źródło: Opracowanie własne

Po uwzględnieniu alokowanych kosztów pośrednich koszty całkowite OPK wzrosły z 15,4 do 16,6 mln zł. Tabela 10 prezentuje wyliczony koszt osobodnia, po uwzględnieniu wszystkich kosztów.

Tabela 10. Koszt osobodnia wyliczony na podstawie pełnych danych (po uzupełnieniu danych)

Rodzaj kosztu	Koszt [PLN]
Koszt całkowity	16 576 225,07
Koszty alokowane do OPK niewchodzące do osobodnia	3 658 412,00
Koszty wchodzące w koszt osobodnia	12 917 813,07
Liczba zrealizowanych osobodni	23 288
Koszt osobodnia	554,70

Źródło: Opracowanie własne

Koszt osobodnia wyliczony w oparciu o uzupełnione dane dla tego OPK wzrósł o około 50 zł i wyniósł 554,70 zł. Różnica w koszcie osobodnia wynosi ok. 10%, co przy długotrwałych pobytach pacjenta na oddziale generuje bardzo duże różnice w obliczanej przez AOTMiT taryfie świadczeń medycznych.

4.4. Błędy w Tab3 w zakresie danych dotyczących środków trwałych

Najczęściej popełniane błędy w Tab3:

- Brak informacji o zamortyzowanych środkach trwałych, które pozostają w użyciu,
- Niewykazywanie środków trwałych, które zostały zakupione ze środków innych niż własne podmiotu,
- Wykazywanie środków trwałych na OPK zgodnie z ewidencją księgową a nie według miejsca rzeczywistego ich wykorzystania,
- Brak informacji o środkach trwałych kategorii c1 – budynki,
- Brak informacji o wynajmowanych/leasingowanych środkach trwałych,
- Brak wartości początkowej środków trwałych,
- Niedostosowanie wartości początkowej do liczby środków trwałych.

W wyliczonym przez Agencję koszcie osobodnia lub koszcie infrastruktury uwzględniana jest amortyzacja odtworzeniowa liczona m. in. od wartości zamortyzowanych środków trwałych. Tabela 4 przedstawiona w rozdziale 4.1 prezentuje koszt osobodnia wyliczony na pełnych danych o środkach trwałych oraz koszt osobodnia bez amortyzacji odtworzeniowej. Koszt amortyzacji dla analizowanego OPK wyniósł 409 671 zł, co stanowi 9% kosztów wchodzących do osobodnia. Większość środków trwałych wykorzystywanych na OPK 4652 jest zamortyzowana dlatego większą część w koszcie amortyzacji ogółem stanowi właśnie amortyzacja odtworzeniowa, która wynosi 291 448 zł (aż 7% kosztów wchodzących do osobodnia). Koszt jednego osobodnia bez amortyzacji odtworzeniowej wynosi 971 zł, natomiast uwzględniający amortyzację odtworzeniową wzrósł o 68 zł i wynosi 1039 zł - co przedstawia wspomniana Tabela 4.

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

4.5. Brak ewidencji godzin pracy bloku operacyjnego/pracowni

W Tab1 dla OPK takich jak blok operacyjny czy pracownie zabiegowe wymagana jest informacja o godzinach pracy takiego OPK.

Wiele podmiotów nie prowadzi takiej ewidencji i szacuje wartości na potrzeby Agencji. Przykładowo, w przypadku podania zawyżonych wartości (zdarza się, że zostaje podana dostępność 24 h na rok), zmniejsza się wartość wyliczonego kosztu infrastruktury na godzinę pracy dla takiego OPK.

5. Podsumowanie

Dane przekazywane do AOTMiT w plikach FK oraz ich jakość mają wpływ na wysokość taryfy świadczeń zdrowotnych wyliczanej przez Agencję. Przytoczone w niniejszej pracy pojedyncze przykłady najczęstszych błędów popełnianych przez świadczeniodawców pokazują ich realny wpływ na wyliczane przez Agencję składowe taryf czyli na wysokość kosztu osobodnia, kosztu infrastruktury bloku operacyjnego na jedną godzinę jego pracy czy też na wysokość stawek godzinowych personelu medycznego. Błędy czy braki w plikach FK muszą być poprawione przez świadczeniodawców, w przeciwnym razie takie dane musiałyby zostać odrzucone jako odstające na tle innych świadczeniodawców w systemie. Dlatego wychwycenie błędów czy braków w plikach FK przez AOTMiT jest bardzo ważne w procesie taryfikacji. Niniejsza publikacja służyć powinna świadczeniodawcom w zrozumieniu, czego Agencja oczekuje, dlaczego prosi o korekty danych FK a przede wszystkim w kształtowaniu świadomości, do czego AOTMiT wykorzystuje te dane i jak ich jakość jest ważna w procesie taryfikacji.

6. Bibliografia

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 Nr 210 poz. 2135).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 poz. 594).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 nr 112 poz. 654).
- Zarządzenie Nr 28/2019 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 18 czerwca 2019 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych finansowo-księgowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Dokumenty własne AOTMiT:
 - ✓ Analiza kosztów świadczeń
http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/Metodyka_taryfikacji/analiza_kosztow_swadczen.pdf
 - ✓ Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT z dnia 01.09.2017 r.
http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/Metodyka_taryfikacji/Metodyka_taryfikacji_swadczen_opieki_zdrowotnej_w_AOTMiT.pdf
 - ✓ Odpowiedzi do najczęściej zadawanych pytań dotyczących plików FK:
<https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/instrukcja/FAQ>

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

7. Załącznik nr 1 – Plik FK

Format tabeli FK.OPK

Uwaga! Kolumna Oddziału Onkologicznego została wypełniona dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

PROSIMY NIE DODAWAĆ ŻADNYCH WIERSZY AŻ DO CZĘŚCI SZCZEGÓŁOWEJ (ANALITYKI)

Kod oddziałowy świadczeniodawcy		np. 3302562
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)		np. Szpital XYZ, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa
Regon		np. 987654321
Numer konta OPK		np. 510-18-01
Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów]		np. Oddział Onkologiczny
Kod resortowy¹⁵ charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych <i>[jeśli komórka ma więcej kodów, należy je podać po przecinku]</i>		np. 4500
Rok:		2018
CZĘŚĆ PODSTAWOWA I - PRZYCHODY (dla zdefiniowanych kategorii należy przyporządkować właściwe przychody):		
1	PRZYCHODY RAZEM: (suma pozycji 2, 3, 4 i 5)	14 258 608,62
2	Przychody z tytułu kontraktu z NFZ (w części wynikającej z kontraktu dotyczące danego okresu)	7 190 300,00
3	Przychody z tytułu nadwykonań zrealizowanych w danym roku (niezależnie od tego czy zostały zapłacone)	2 587 945,00
4	Przychody z tytułu leków refundowanych odrębnie (np. chemioterapia i programy lekowe)	3 509 755,00
5	Przychody z innych tytułów (np. dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów itd.)	970 608,62
CZĘŚĆ PODSTAWOWA II - KOSZTY (dla zdefiniowanych kategorii kosztowych [poz. A-K] należy przyporządkować właściwe koszty z danych FK umieszczonych poniżej w części szczegółowej):		
A	KOSZTY CAŁKOWITE¹, w tym: (koszty całkowite są równe sumie pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K)	12 966 955,54
B	Koszty leków i wyrobów medycznych (suma pozycji b1 do b3)	4 311 632,43
<i>b1</i>	<i>w tym: leków refundowanych odrębnie</i> (np. chemioterapia, programy lekowe)	3 597 250,00
<i>b2</i>	<i>w tym: pozostałych przypisywanych na pacjenta</i>	709 093,13
<i>b3</i>	<i>w tym: pozostałych nieprzypisywanych do pacjenta</i> (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku)	5 289,30
C	Koszty amortyzacji² (suma pozycji c1 do c5)	194 132,00
<i>c1</i>	<i>w tym: budynków, lokali, prawa do lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej</i>	62 300,00
<i>c2</i>	<i>w tym: urządzeń technicznych i maszyn</i>	78 140,00
<i>c3</i>	<i>w tym: środków transportu</i>	
<i>c4</i>	<i>w tym: innych środków trwałych</i>	15 687,00
<i>c5</i>	<i>w tym: wartości niematerialnych i prawnych</i>	38 005,00
D	Koszty procedur³	1 656 554,21
E	Koszty zarządu⁴, w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego	210 794,59

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

F	Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę⁵ (suma pozycji f1 do f15)	2 605 973,15
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	354 206,03
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	64 937,77
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	53 130,90
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	129 895,45
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	1 816 319,00
f6	w tym: perfuzjonistów	
f7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	
f8	w tym: dietetyków	
f9	w tym: logopedów	
f10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażystów, mgr rehabilitacji	
f11	w tym: fizyków medycznych	
f12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)	
f13	w tym: terapeutów zajęciowych	
f14	w tym: pozostałego personelu medycznego ¹⁰ (ratowników medycznych itd.)	143 633,00
f15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	43 851,00
G	Koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilno-prawnych, kontraktów itp.¹² (suma pozycji g1 do g15)	970 995,31
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	679 696,72
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	97 099,53
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	194 199,06
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	
g5	w tym: pielęgniarek i położnych	
g6	w tym: perfuzjonistów	
g7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	
g8	w tym: dietetyków	
g9	w tym: logopedów	
g10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażystów, mgr rehabilitacji	
g11	w tym: fizyków medycznych	
g12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)	
g13	w tym: terapeutów zajęciowych	
g14	w tym: pozostałego personelu medycznego ¹⁰ (ratowników medycznych itd.)	
g15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	
H	Wynagrodzenia rezydentów (suma pozycji h1 do h2)	69 661,20
h1	refundowane	49 758,00
h2	ze środków własnych podmiotu leczniczego	19 903,20
I	Transport medyczny	11 841,90
J	Wyżywienie pacjentów¹³	13 852,00
K	Pozostałe koszty¹⁴	1 670 580,75

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA - pełna FK - plik FK dla OPK z systemu księgowego świadczeniodawcy , gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont. Prosimy o przedstawienie analityki w stopniu jak najbardziej szczegółowym.		
Nr konta analitycznego	Nazwa konta analitycznego	koszt roczny [PLN]
np. X-1	np. Amortyzacja	
np. X-2-1	np. Bielizna i pościel	
np. X-2-2	np. Odzież ochronna robocza	
np. X-2-3	np. Sprzęt med. jednorazowego użytku	
np. X-2-4	np. Sprzęt med. wielorazowego użytku	
np. X-2-5	np. Olej opałowy	
np. X-2-7	np. Mat. gosp. do remontu i konserwacji	
np. X-2-8	np. Środki czystości	
np. X-2-9	np. Materiały biurowe	
np. X-2-10	np. Mat. pozostałe gosp. i opakow.	
np. X-2-11	np. Artykuły żywnościowe	
np. X-2-12-1	np. Antybiotyki i chemioterapeutyki	
np. X-2-12-2	np. Heparyny drobnocząstkowe	
np. X-2-12-3	np. Kontrasty	
np. X-2-12-4	np. Narkotyki	
np. X-2-12-5	np. Płyny infuzyjne	
np. X-2-12-6	np. Produkty lecznicze	
np. X-2-12-8	np. Prod. lecz. żywienie dojelitowe	
np. X-2-12-9	np. Prod. lecz. żywienie pozajelitowe	
np. X-2-12-7	np. Produkty lecznicze Dary	
np. X-2-12-10	np. Substancje do receptury	
np. X-2-12-11	np. Szwy chirurgiczne	
np. X-2-12-12	np. Środki dezynfekcyjne	
np. X-2-12-13	np. Środki opatrunkowe	
np. X-2-12-14	np. Paski do glukometrów	
np. X-2-13	np. Materiały do badań RTG	
np. X-2-14	np. Środki ortop. i pomocnicze	
np. X-2-18	np. Druki	
np. X-2-21	np. Olej napędowy	
np. X-2-32	np. Materiały ortopedyczne	
np. X-2-34	np. Mater. włóknin. i odzież jednorazowa	
np. X-2-35	np. Mater. do badań diagnostycznych	
np. X-2-37	np. Mater. remont sprzętu medyczne	
np. X-2-38	np. Mater. elektroniczne do remontu	
np. X-3-1	np. Energia elektryczna	
np. X-3-2	np. Energia cieplna	
np. X-3-3	np. Energia gazowa	
np. X-3-4	np. Woda, kanał	

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

np. X-4-1-1	np. Usługi transportowe medyczne	
np. X-4-1-2	np. Usługi transportowe niemedyczne	
np. X-4-2	np. Usługi remontowe	
np. X-4-3-1	np. Kontrakty	
np. X-4-3-2	np. Pozostałe usługi medyczne	
np. X-4-3-3	np. Badania, konsultacje medyczne	
np. X-4-4-1	np. Usługi pocztowe, telefon	
np. X-4-4-2	np. Wywóz nieczystości	
np. X-4-4-3	np. Opłaty czynszowe	
np. X-4-4-4	np. Pozostałe usługi obce	
np. X-4-4-5	np. Usługi żywnościowe obce	
np. X-4-4-7	np. Usługi pralnicze	
np. X-4-4-9	np. Utylizacja	
np. X-5-1	np. Wynagr. z os. fund. płac	
np. X-5-3	np. Pozostałe wynagrodzenia	
np. X-6-1	np. Składki na ubezpiec. społeczne	
np. X-6-2	np. Składki na Fundusz Pracy	
np. X-6-3	np. Składki Fundusz Emer. pomostowych	
np. X-6-4	np. Odpis na ZFŚS	
np. X-6-5	np. Pozostałe św. na rzecz pracowników	
np. X-7-3	np. Podatki i opłaty	
np. X-7-4	np. PFRON	
np. X-8-1	np. Usługi bankowe	
np. X-8-2	np. Podróże służbowe, delegacje	
np. X-8-3	np. Koszty reprezentacji i reklamy	
np. X-8-4	np. Ubezpieczenia maj. osob.	
np. X-8-6	np. Pozostałe koszty	
np. X-9-37	np. K. pośrednie - Por. okulistyczna	
np. X-9-104	np. K. pośrednie - O.wewnętrzny	
np. X-9-107	np. K. pośrednie - O.kardiologii	
np. X-9-301	np. K. pośrednie - Seologia	
np. X-9-302	np. K. pośrednie - Bank krwi	
np. X-9-303	np. K. pośrednie - Diag. obrazowa	
np. X-9-306	np. K. pośrednie - Rezonans magnetyczny	
np. X-9-311	np. K. pośrednie - Transport medyczny	
np. X-9-312	np. K. pośrednie - Transport niemedyczny	
np. X-9-350	np. K. pośrednie - Poz. techniczne	
np. X-9-352	np. K. pośrednie - Pralnia	
np. X-9-505	np. K. pośrednie - Przychodnia medycyny pracy	
np. X-9-610	np. K. pośrednie - SOR	
np. X-9-613	np. K. pośrednie - Karetka	
np. X-9-791	np. K. pośrednie - Koszt własny usł. wewnątrz.	
np. X-9-3015	np. K. pośrednie - Diag. laboratoryjna	

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

np. X-9-3021	np. K. pośrednie - Bakteriologia	
np. X-9-3035	np. K. pośrednie - Anestezjologia	
np. X-9-3037	np. K. pośrednie - Blok operacyjny	
np. X-9-3039	np. K. pośrednie - Sterylizatornia	
np. X-9-3040	np. K. pośrednie - Apteka	
np. X-9-3041	np. K. pośrednie - Z-d Anatomo-patolo.	
np. X-9-3042	np. K. pośrednie - Endoskopia	
np. X-9-3043	np. K. pośrednie - Pracownia cytostatyków	
np. X-9-3044	np. K. pośrednie - Poradnia Onkologiczna	
np. X-9-3520	np. K. pośrednie - Dział czystości	
np. 550	np. Koszty ogólnozakładowe	
itd.	[liczba wierszy w części szczegółowej zależna od stopnia szczegółowości analityki w jednostce]	

Przypisy do arkusza FK.OPK:

1- **koszty całkowite** rozumiane jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie. Jest to suma pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K;

2- **koszty amortyzacji** obejmują koszty amortyzacji budynków i lokali, maszyn, urządzeń i aparatury ogólnego zastosowania, narzędzi, przyrządów, mienia ruchomego, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych. Jest to suma pozycji c1 do c5. Jednorazowych odpisów w koszty dot. wyposażenia i niskocennych środków trwałych (c6) nie należy wliczać do pozycji c, lecz do pozycji K – pozostałe koszty (patrz wyjaśnienie do c6 przy Tab3).

3- **koszty procedur** - obejmują koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej (np. w pracowni EEG **lub na bloku operacyjnym** będących w strukturach podmiotu leczniczego), przypisanych bezpośrednio do kosztów pacjenta;

4- **koszty zarządu** rozumiane jako rozliczone koszty ośrodków związanych z zarządzaniem i administrowaniem podmiotem jako całością. W szczególności do tych kosztów będą zaliczone koszty wynagrodzeń personelu zajmującego się tą działalnością, koszty związane z zawieraniem i rozliczaniem kontraktu z płatnikiem, realizacją zamówień publicznych, księgowością, kadrami itp.;

5- **koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi** obejmujące wszystkie koszty związane z zatrudnieniem pracowników, w tym w szczególności koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak: odpisy na ZFSS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej;

6- **wynagrodzenie** z tytułu pracy w godzinach **normalnej ordynacji** (tj. nie obejmujące dyżurów) obejmujące wynagrodzenia z narzutami. Przykładowe kategorie kosztowe obejmują płacę zasadniczą, dodatek stażowy, urlopowy lub wysługę lat. Pozycja ta nie obejmuje wynagrodzeń naliczanych proporcjonalnie do ilości zrealizowanych procedur (tj. płatności za procedurę);

7- **wynagrodzenia** z tytułu pracy w trybie **dyżurowym** realizowanych w **placówce podmiotu leczniczego**, zarówno w dni powszednie jak i wolne od pracy. W tej pozycji należy umieścić ewentualne wynagrodzenia z tytułu dojazdu na dyżury;

8- **wynagrodzenia** z tytułu pracy w trybie **dyżurowym realizowanych w tzw. gotowości** tj. poza siedzibą podmiotu leczniczego;

9- **wynagrodzenia** naliczane proporcjonalnie **do ilości zrealizowanych procedur** (tj. płatność za procedurę);

10- **wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego** uczestniczącego bezpośrednio przy realizacji świadczeń zdrowotnych;

11- **wynagrodzenia pozostałego personelu** (zatrudnionego w OPK-u), który nie jest wykazany w pozycjach E oraz f1-f14/g1-g14, np. salowej, opiekuna, sanitariusza, sekretarki medycznej;

12- analogicznie jak w przypisie 5 koszty wynagrodzeń, które nie dotyczą pracowników zatrudnionych na umowę o pracę;

13- **Koszt żywienia pacjentów** rozumiany jako koszty kuchni (nie tylko koszt wsadu do kotła);

14- **pozostałe koszty** to wszystkie koszty niezawierające się w pozycjach od B do J, stanowiące dopełnienie do kosztów całkowitych;

15- Proszę **wskazać kod resortowy** (UWAGA: można wskazać więcej niż jeden po przecinku) zgodny z częścią VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodny z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. (należy przypisać **rzeczywisty kod resortowy charakteryzujący specjalność ośrodka powstawania kosztów**).

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

Format tabeli Tab1

Uwaga! Rekordy zostały wypełnione dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

PROSIMY NIE DODAWAĆ ŻADNYCH WIERSZY WEWNĄTRZ TABELI

	Numer konta OPK ¹ [Uwaga! Prosimy zachować kolejność wymienianych OPKów z arkusza FK.OPK]	np. 510-01	np. 530-18	np. 530-20 (Blok Operacyjny ¹³)	np. 530-58 (Pracownia)	np. 503-18 (Poradnia)
	Rok	2018	2018	2018	2018	2018
A	Liczba łóżek w oddziałach stacjonarnych / miejsc w oddziałach dziennych ²	66				
B1	Liczba osobodni ³ (suma za rok) w OPKach stacjonarnych / dziennych	18 708				
B2	Liczba porad (dotyczy OPKów ambulatoryjnych)					2 450
C	Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku ⁴	12	8	12	12	12
D	Liczba sal operacyjnych/zabiegowych funkcjonujących w ramach OPK ⁵		1	9		
d1	Liczba zespołów operacyjnych w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy (liczba sal operacyjnych z obsadą pozostających w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy) ⁶			2		
d2	Rzeczywista ilość godzin pracy sal operacyjnych/zabiegowych funkcjonujących w ramach OPK ⁷ (suma za rok)		2 489	14 854		
E	Lekarze jakich specjalności są zatrudnieni w danym OPK ⁸					
e1	Rzeczywista ilość godzin pracy personelu lekarskiego realizowana poza OPK (dotyczy kosztów pracy ujmowanych w ramach OPK) ⁹					
e2	wymienić po przecinku inne OPKi (nr kont OPK), w których realizowane są godziny pracy wskazane w pozycji e1					
e3	Rzeczywista ilość godzin pracy personelu pielęgniarstwa realizowana poza OPK (dotyczy kosztów pracy ujmowanych w ramach OPK) ⁹					
e4	wymienić po przecinku inne OPKi (nr kont OPK), w których realizowane są godziny pracy wskazane w pozycji e3					
INFORMACJE O ETATACH Uwaga! - informacja o liczbie etatów powinna być kompatybilna z przedstawionymi wynagrodzeniami z arkusza FK.OPK, tzn. jeżeli pojawia się wynagrodzenie w pozycji f3 w FK.OPK to powinny pojawić się etaty w pozycji f3 w Tab1.						
F	Suma za rok liczby etatów zatrudnionego na umowy o pracę personelu (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna) ¹⁰ (suma pozycji f1 do f15)	581,96	0,00	0,00	0,00	0,00
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji	39,6				
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	7,3				
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	5,9				
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹	13,2				
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	480				
f6	w tym: perfuzjonistów	24				
f7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	12				
f8	w tym: dietetyków					
f9	w tym: logopedów					
f10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażystów, mgr rehabilitacji					
f11	w tym: fizyków medycznych					
f12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)					
f13	w tym: terapeutów zajęciowych					
f14	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego (ratowników medycznych itd.)					

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

f15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)					
G	Suma za rok liczby etatów personelu wynikających z umów cywilnoprawnych, kontraktów itp.¹² (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna)¹⁰ (suma pozycji g1 do g15)	61,21	0,00	0,00	0,00	0,00
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ¹¹	42,8				
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	6,1				
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	12,2				
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹					
g5	w tym: pielęgniarek i położnych ¹¹					
g6	w tym: perfuzjonistów ¹¹					
g7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień ¹¹					
g8	w tym: dietetyków ¹¹					
g9	w tym: logopedów ¹¹					
g10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji ¹¹					
g11	w tym: fizyków medycznych ¹¹					
g12	w tym: techników ¹¹ (radiologii, elektroradiologii itd.)					
g13	w tym: terapeutów zajęciowych ¹¹					
g14	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹¹ (ratowników medycznych itd.)					
g15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)					
H	Suma za rok liczby etatów rezydenckich (suma pozycji h1 do h2)	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00
h1	etaty refundowane	24				
h2	praca finansowana ze środków własnych	8				

Przypisy do arkusza Tab1:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- rzeczywista liczba łóżek w oddziałach szpitalnych (lub miejsc w oddziałach dziennych). W przypadku gdy liczba łóżek zmieniła się w ciągu roku, prosimy podać średnią;
- 3- rzeczywista liczba osobodni - suma za okres roku;
- 4- Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku - ważne w przypadku kiedy dany OPK funkcjonował przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdanym okresie, np. jeśli OPK funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.
- 5- rzeczywista liczba sal operacyjnych, w których realizowane są zabiegi operacyjne. Pozycja D oraz d2 powinna być uzupełniona dla OPKów takich jak: 4910-blok operacyjny, 4912-sala porodowa, 7232- Pracownia hemodynamiki i 7234-Pracownia elektrofizjologii;
- 6- liczba sal operacyjnych, które pełnią dyżur w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy, liczba równa jest ilości zespołów operacyjnych pełniących dyżur;
- 7- rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne wraz ze znieczuleniem - czasu pobytu na sali operacyjnej (czas zajętości sali). Pozycja d2, podobnie jak D, powinna być wypełniona dla OPKów takich jak: 4910-blok operacyjny, 4912-sala porodowa, 7232- Pracownia hemodynamiki i 7234-Pracownia elektrofizjologii;
- 8- proszę po przecinku wymienić wszystkie specjalności lekarskie, jakie występują w ramach OPK i których wynagrodzenia są ujmowane w danym OPK (np. dla oddziału wewnętrznego - internista, gastroenterolog, kardiolog; dla bloku operacyjnego - anestezjolog). Jeśli na bloku operują chirurdzy, których koszty są ujmowane w OPK oddział chirurgii to proszę ich wymienić w oddziale chirurgii i nie wymieniać na bloku operacyjnym;
- 9- proszę określić ilość godzin pracy lekarzy spędzanych w innych OPK (np. na bloku operacyjnym, pracowni endoskopii, poradniach itd.), których koszty w systemie finansowo-księgowym pozostają w danym OPK (np. oddziale szpitalnym). Innymi słowy, jeśli lekarz otrzymuje wynagrodzenie X księgowane na oddział szpitalny i w ramach swojego etatu na oddziale spędza 100 godzin na bloku operacyjnym proszę ten czas wskazać. Jeśli dodatkowo pracuje 50 godzin w poradni, ale koszty tej pracy są bezpośrednio ujmowane na OPK poradni proszę nie wykazywać tych 50 godzin w OPK oddziału szpitalnego;

Dane finansowo-księgowe: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

10- w pozycjach „F”, „G” zamieszczamy sumę etatów za cały okres w poszczególnych kategoriach personelu, np. dla lekarza: 3,5 etatu (styczeń) + 3,6 etatu (luty) + 2,4 etatu (marzec) +...+ 3,0 etatu (grudzień) = 39,6 etatu;

11- w przypadku dyżuru - prosimy o przeliczenie na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godzin miesięcznie;

12- jeśli w OPK wystąpiły różne formy zatrudnienia personelu (umowa zlecenie, kontrakt itd.), prosimy o przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagradzania na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godz. miesięcznie;

13- **blok Operacyjny** jeśli jest wydzielonym odrębnym ośrodkiem powstawania kosztów; niektóre pozycje z tabeli nie zostaną wypełnione (np. liczba łóżek). W przypadku kiedy blok operacyjny nie jest oddzielnym OPK-iem, lecz znajduje się na oddziale, wówczas informacje o bloku (wiersze D, d1 i d2) prosimy wypełnić w kolumnie dotyczącej tego oddziału.

Format tabeli Tab2

Kody produktu rozliczeniowego realizowane w poszczególnych OPK wraz z liczebnością <u>(dane roczne)</u>			
Numer konta OPK ¹	kod zakresu świadczeń ²	kod produktu rozliczeniowego ³	ilość produktów ⁴
np. 510-01	np. 03.4401.030.02	np. 5.51.01.0003057	
np. 510-02			
itd.	itd.	itd.	itd.

Przypisy do arkusza Tab2:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 03.4401.030.02;
- 3- kod produktu sprawozdawanego- jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 5.51.01.0003057;
- 4-ilość produktów rozliczeniowych = ilość JGP lub innych produktów rozliczeniowych (np. osobodni).

Format tabeli Tab3

Uwaga! Pierwsze 4 wiersze wypełnione są dla przykładu. Prosimy usunąć te wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych* i wartości niematerialnych i prawnych (WNiP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.											
Numer konta OPK ¹	Nazwa środka trwałego i WNiP	Kategoria środka w trwałych ² [c1 do c5]	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/dzierżawa/leasing/użyczenie ³ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNiP ⁴	Wartość początkowa środka trwałego i WNiP ⁵	Ilość sztuk środków trwałych i WNiP ⁶	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNiP w roku ⁷	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNiP ⁸	Roczny koszt amortyzacji ⁹	Wysokość dotacji przeznaczanej na zakup środków trwałych i WNiP, których wartość początkowa jest wyższa niż 1 mln zł (w %) ¹⁰
np. 510-01	urządzenie X	c2			2010	272 500	2	10	3 520	8 800	80
	urządzenie Y	c3		1	-	-		12	4500	11 500	0
	urządzenie Y	c2			2013	520 000		2	0	3200	75
np. 510-02	urządzenie Z	c4	1		2009	128 000	0,25		500	0	20
itd.	itd.									itd.	itd.

* - środki trwałe zgodnie z przyjętą przez Państwo polityką rachunkowości

Dane finansowo-księgowo: poprawność przekazania, wpływ jakości danych na wyniki analiz.

UWAGA: Prosimy o wpisanie wszystkich środków trwałych wykorzystywanych w związku z realizacją świadczeń, także tych środków trwałych, które zostały już całkowicie zamortyzowane. Od zamortyzowanych środków trwałych AOTMiT dolicza amortyzację odtworzeniową w celu urealnienia taryfy.

Istnieje możliwość przedstawienia w powyższej tabeli **wyposażenia oraz środków trwałych niskocennych**; w takim przypadku należy wprowadzić kategorię środków trwałych **c6**. Opcjonalnie możliwe jest przedstawienie ich w jednym wierszu w Tab3, bez konieczności wymieniania wszystkich takich środków - w takim przypadku należy wpisać "Środki trwałe niskocenne / wyposażenie" do kolumny Nazwa środka trwałego oraz wypełnić łączne koszty dla całej grupy w poszczególnych kolumnach.

Przypisy do arkusza Tab3:

- 1- **Numer konta OPK** powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- **Kategoria środków trwałych** - kategoria z arkusza FK.OPK z pozycji C (c1 dla budynków, c2 dla urządzeń, c3 dla środków transportu, c4 dla innych środków trwałych, c5 dla WNiP);
- 3- **Najem / dzierżawa / leasing / użyczenie bezpłatne** - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu czy też bezpłatnie użyczony, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr trwałego" i "Wartość początkowa śr trwałego";
- 4- **Rok nabycia środka trwałego i WNiP** - rok, w którym środki trwałe/WNiP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna, użyczenie);
- 5- **Wartość początkowa** - w przypadku środków trwałych/WNiP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg;
- 6- **Ilość sztuk środków trwałych lub WNiP** - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa środka trwałego prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także do innego OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach);
- 7- **Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNiP w roku** - ważne w przypadku kiedy środki trwałe/WNiP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.;
- 8- koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu w stanie sprawności (bez amortyzacji, kosztów wody, energii elektr. itd.).
- 9- w przypadku środków trwałych i WNiP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaksięgowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK (patrz przypis nr 6).
- 10- w przypadku środków trwałych i WNiP, zakupionych z dotacji, których wartość początkowa jest wyższa niż 1 mln zł, prosimy dodać wpis o wysokości procentu dotacji, np. 80, co oznacza, że środek był sfinansowany w 80% z dotacji. W przypadku kiedy środek trwały został zakupiony w 100% ze środków własnych, należy dopisać : 0 czyli 0% pochodziło z dotacji. Wpisy mogą więc przybrać postać liczb od 0 do 100, co oznacza od 0% do 100%.

Format tabeli Tab4

Uwaga! Rekordy zostały wypełnione dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Koszty całkowite OPKów, dla których nie jest wymagana pełna FK		
Numer konta OPK	Nazwa konta OPK	Koszt całkowity [PLN]
np. 530-148	np. Sterylizatornia	1 230 875,71
np. 530-149	np. Kadry	
np. 530-150	np. Księgowość	
	np. Kuchnia	