

mMedica- zakres obsługi JGP w AOS.

Od 01.07.2011 Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej rozliczanie za pomocą systemu JGP. Zmiany wynikają z zarządzenia 029/2011/DSOZ z 16.06.2011 r. Wersja 2.5.6 systemu mMedica wspierać będzie rozliczanie się za pomocą JGP w AOS.

Do prawidłowego rozliczania za pomocą JGP w AOS należy:

1. Zaktualizować system do wersji 2.5.6 – plik instalatora został opublikowany na stronie portalu Centrum Zarządzania Licencjami mMedica w sekcji *mMedica* -> *Pobierz mMedica* (<http://www.mmedica.asseco.pl/MMEDICA.PORTAL/Download.aspx>)
2. Zaimportować charakterystykę JGP dla grupera AOS – plik ten został udostępniony przez nas wraz z publikacją nowej wersji aplikacji na ww stronie internetowej.
3. Zaimportować aktualizację słownika ICD9 publikowaną przez NFZ. Plik ten jest udostępniony przez NFZ na stronie <http://slovniki.nfz.gov.pl>.
4. Zaimportować aktualną umowę z NFZ (plik UMX) na świadczenia w rodzaju 02 (AOS).

Ponieważ słownik ICD9 publikowany przez NFZ zawierać będzie także badania, w części związanej z procedurami ICD9, możliwa będzie ewidencja wykonanych badań.

W zarządzeniu czytamy:

„Świadczenie specjalistyczne kompleksowe podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych. „

Aby umożliwić rozliczenie porady kompleksowej z uwzględnieniem badań zleconych, wykonanych i dostarczonych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta, w systemie mMedica udostępniono funkcjonalność wskazywania badań z innych wizyt. Wskazane pozycje sprawozdawane będą w ramach danej wizyty pacjenta. Dzięki temu możliwe będzie wyznaczenie odpowiedniej JGP dla wizyty kompleksowej.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011		

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty
<input type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401821

Funkcjonalność ta umożliwi przypięcie poszczególnych badań do wizyty oraz dodatkowo wskazanie, które z tych badań mają być sprawozdawane w ramach tej wizyty. Badania wykonane bezpośrednio w ramach danej wizyty będą domyślnie sprawozdawane do systemu NFZ w ramach tej wizyty. Na powyższym ekranie dane takie oznaczone są kolorem czarnym. Pozycje bez zaznaczonego pola wyboru, znajdujące się w części archiwalnej to badania z innych wizyt, mogące zostać przypisane do wizyty bieżącej (kolor zielony), ale nie wskazane do sprawozdania w ramach tej wizyty (nie będą brały udziału w wyznaczaniu JGP). W celu wskazania takich badań do sprawozdania w ramach danej wizyty, należy zaznaczyć pole: Eksp.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011		

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty
<input checked="" type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401821

Po tej operacji w kolumnie „Eksp.” pojawi się zaznaczone **czarne** pole wyboru, a użytkownik zostanie poinformowany, iż operacja przepięcia może wpłynąć na rozliczenie wizyty pierwotnej. Operacja przepięcia spowoduje, iż w wizycie pierwotnej procedura ta zostanie zablokowana do edycji a w kolumnie: „Id wizyty zew” zostanie podany numer wizyty pod którą została podpisana procedura.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
85.111	Przeziębienie cieniokłowa biopsja piersi	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401822	

Tak zaznaczone badanie można w każdej chwili odznaczyć za pomocą usunięcia z znacznika w polu: Eksp. Po takiej operacji badanie ponownie będzie sprawozdawane w ramach swojej „Wizyty pierwotnej”.

W celu zabezpieczenia użytkownika przed nadmiernym przepisywaniem badań między wizytami, została wprowadzona walidacja, blokująca przepięcie, jeśli badanie zostało już raz przepięte. Objawia się to wyszarzonym polem: „Eksp.”

Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
<input checked="" type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011 09:38	15-07-2011
<input type="checkbox"/>	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	13-07-2011	13-07-2011

Przepięcie badania do kolejnej wizyty będzie możliwe dopiero w momencie odłączenia badania w wizycie wcześniejszej.

Uwaga: Każdorazowa zmiana znacznika związanego ze sprawozdawaniem badania wiązać się będzie z ponownym eksportem wizyt związanych z badaniem. Przejęcie badania z innej wizyty może wpływać na rozliczenie poprzednich wizyt w związku z tym po takiej operacji należy zweryfikować rozliczenia.

Ewidencja danych w aplikacji mMedica.

Aplikacja mMedica wyposażona jest w dwa mechanizmy ewidencji danych, o ich sposobie ewidencji decyduje sam świadczeniodawca.

Mechanizm pierwszy.

1. Użytkownik wskazuje pacjenta i wybiera przycisk: Nowa Wizyta

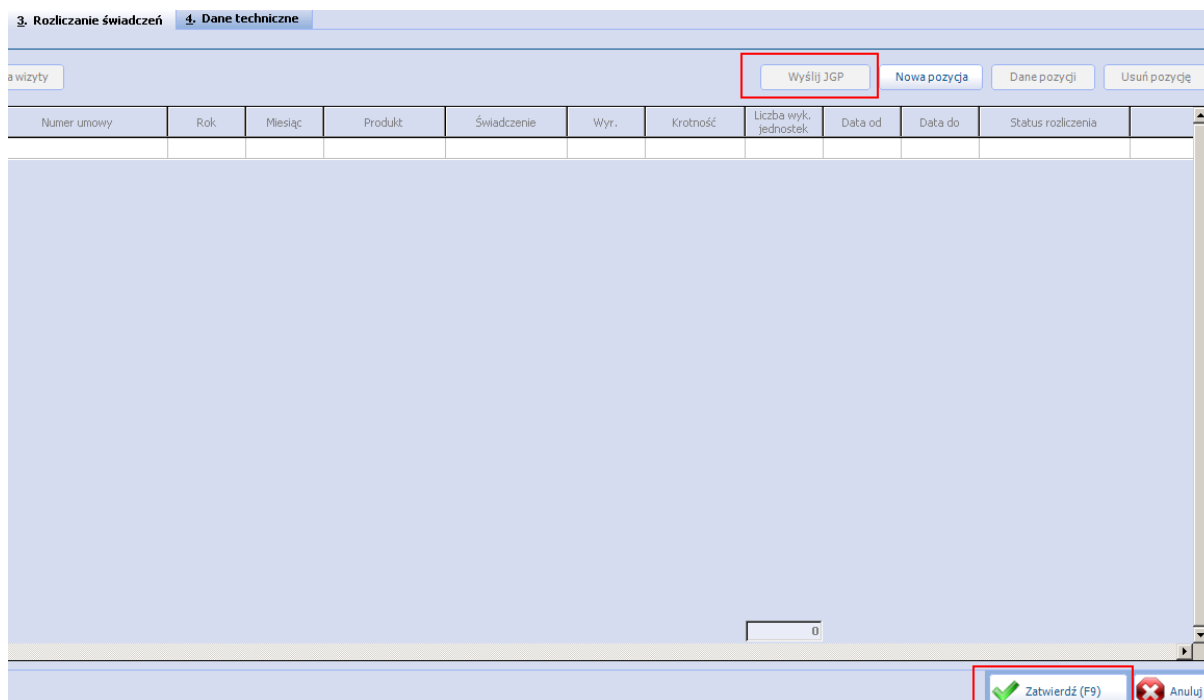
The screenshot shows the mMedica application interface. At the top, there is a blue header bar with the text 'Kartoteka pacjentów' and a search icon. Below this is a table with columns: 'Nazwisko', 'Imię', 'Data urodzenia', 'PESEL', and 'Adres'. The table is empty. Below the first table is another blue header bar with the text 'Wizyty pacjenta' and a search icon. Below this is a table with columns: 'Nr świadczenia', 'Kod świadczenia', 'Miejsce realizacji', 'Realizujący', 'Data rozpoczęcia', and 'Data zakończenia'. This table is also empty. At the bottom of the interface, there is a row of buttons: 'Nowa wizyta' (highlighted with a red box), 'Nowe wizyty zbiorczo', 'Nowa hospitalizacja', and 'Dane'.

2. Użytkownik dokonuje ewidencji danych poprzez wypełnienie zakładki nr 1. Realizacja

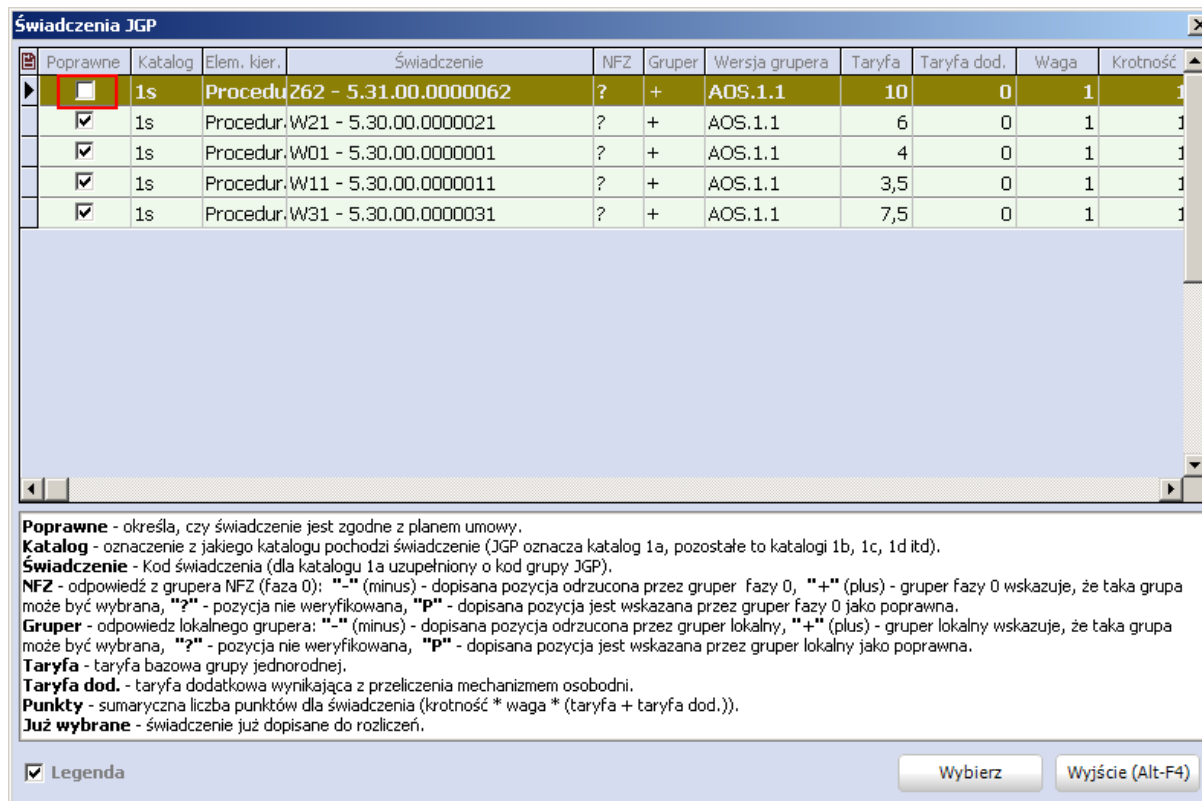
The screenshot shows the mMedica application interface with the '1. Realizacja' tab selected. The interface is filled with data for a patient visit. At the top, there are fields for 'Rozpozn.: * Q17.5... Ucho odstające', 'Rodzaj danych: recepta skierowanie realizacja', 'Przyjęcie: Bez skierowania', and 'Tryb przyj.: * Planowe bez skier'. Below this, there are tabs for '1. Realizacja', '2. Skierowanie', '3. Rozliczanie świadczeń', and '4. Dane techniczne'. Under '1. Realizacja', there are sub-tabs for '1.1. Dane podstawowe', '1.2. POZ', and '1.3. Ratownictwo medyczne'. The '1.1. Dane podstawowe' tab is active, showing fields for 'Data realizacji od: * 14-07-2011 07:37', 'do: * 14-07-2011', 'Liczba dni: 1', and 'Czy ratujące życie: Czy eksport: '. Below these are fields for 'Realizujący: * ID...', 'Wizyta: * Specjalistyczna', 'Komórka realizująca: * ...', 'Kod świadczenia: * 29.15... Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego - przelot', 'Sesja: ...', 'Podtyp świadczenia: ...', 'Wersja: rozp. MZ 20.06.2008', 'Upraw. dod.: ...', and 'Uprawnienie: ...'. At the bottom, there is a table with columns: 'Exp.', 'Kod procedury', 'Nazwa', 'Edycja', 'Krotność', 'Data wykonania', and 'Data zakończenia'. The table contains one row: '18.09 Nacięcie ucha zewnętrznego - inne V 1 14-07-2011 14-07-2011'. To the right of the table are buttons for 'Dodaj...', 'Usuń', and a dropdown for 'Edycja: V'.

Dane te powinny być ewidencjonowane zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 14 czerwca 2011

- Użytkownik dokonuje zatwierdzenia wprowadzonych informacji poprzez przycisk: Zatwierdź, który uaktywni przycisk: Wyślij JGP. Przycisk: „Wyślij JGP” jest nieaktywny jeśli wizyta jest nie zatwierdzona.



- Wykonanie przez użytkownika zatwierdzenia wizyty poprzez przycisk: Zatwierdź, uaktywnia przycisk: Wyślij JGP. Wybranie przycisku: Wyślij JGP uruchamia symulację podpowiadając grupy mogące posłużyć do rozliczenia zaewidencjonowanych danych.



Kolumna: „Poprawne” informuje użytkownika, czy wyznaczona grupa znajduje się w posiadanym przez użytkownika planie umowy. Puste pole w kolumnie: Poprawne oznacza że zaewidencjonowane dane spełniają warunki grupy, jednakże świadczenie to nie występuje w planie umowy użytkownika.

5. Użytkownik wybiera grupę świadczenia, za pomocą którego chce rozliczyć wizytę poprzez „dwu-klik”. Operacja ta spowoduje automatyczne przejście do danych pozycji rozliczeniowej i wypełnienie wymaganych pól.

The screenshot shows a software interface for medical billing. At the top, there are fields for patient ID (02.1030.001.02), service code (5.30.00.0000001), and a dropdown menu for service group (1). Below these are fields for weight (1), coefficient, and insurance type (Nie). A section titled 'Sposób rozliczenia' shows 'Pełne rozliczenie (100%)'. Further down, there are fields for 'Kł. rozliczeniowa' (1), 'Dopłata', 'Liczba wyk. jedn.' (4), and 'Koszt'. A section titled 'Dane do realizacji świadczenia' includes 'Ubezpieczyciel' (05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia) and 'Status osoby'. At the bottom, there is a table with columns for 'Wartości podstawowe' and 'Wartości po przemnożeniu'. The table has rows for 'Nr wersji grupera' (AOS.1.1), 'Taryfa' (4), 'Taryfa dodatkowa' (0), and 'Suma taryf' (4). A 'Wyznacz taryfę' button is next to the table. At the bottom right, there are 'Zatwierdź (F9)' and 'Anuluj' buttons.

Zostaną uzupełnione informacje odnośnie grupera, których podstawą jest załącznik 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r.

6. Wybrać przycisk: Zatwierdź, który spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty
7. Wybrać przycisk: Zatwierdź dla wizyty, który spowoduje zapisanie całej wizyty.

Ewidencja poprzez: Nowa Wizyta przeznaczony jest dla województw działających na: Identyfikatorach świadczeń.

Dla wojewódz operujących na kuponach (woj. lubuskie, pomorskie, opolskie, śląskie) jeśli pacjent posiada zarejestrowane kupony należy wybrać przycisk: Puste Kupony i wskazać kupon mający posłużyć do rozliczenia.

W związku z rezygnacją z drukowania książek RUM w woj. lubuskie, pomorskie, opolskie mogą przetestować się rozliczanie poprzez identyfikatory świadczeń -> Przycisk: Nowa Wizyta.

Konfiguracja aplikacji to wykonanie następujących czynności:

- a) Przejść w Zarządzanie-> Konfiguracja-> Parametry Konfiguracyjne
- b) W polu "Kod parametru" wpisać wartość: %AUTO
- c) Wybrać przycisk: Zastosuj
- d) Zaznaczyć linie: Rodzaj autoryzacji świadczeń. Patrz screen poniżej:
<https://mmedica-serwis.pl/download/eb40d34f37f1a9c0f9886ebb9573873c>
- e) W oknie znajdującym się poniżej: Parametr RODZ_AUTOR_SWIADCZ wybrać '...' . Patrz screen poniżej:
<https://mmedica-serwis.pl/download/aba05cdc084195f81914a927a436d98b>
- f) W dostępnym słowniku zaznaczyć: Identyfikatory Świadczeń i wybrać przycisk: Wybierz. Patrz screen poniżej:
<https://mmedica-serwis.pl/download/3f96423d93ea3155df19a02c0f9992a6>
- g) Zapisać zmiany w aplikacji poprzez wybranie przycisku: Zatwierdź
- h) Dokonać wyłączenia i ponownego uruchomienia aplikacji

!!!UWAGA!!!

Po zatwierdzeniu wizyty użytkownik nie jest przysuwany spowrotem do Kartoteki Pacjenta. Musi tego dokonać sam poprzez wybranie zielonej strzałki cofnięcia. Mechanizm został przebudowany na potrzeby „JGP w AOS”, tak aby po zawierzeniu wizyty użytkownik mógł skorzystać z przycisku: „Wyślij JGP”

II. Mechanizm drugi.

Formatka „Uzupełnianie” została pierwotnie stworzona do zbiorczego i szybkiego wprowadzania świadczeń, wybranie przycisku: Zatwierdź powoduje wyczyszczenie wszystkich pól i przygotowanie ewidencji pod kolejną wizytę. Poprzez zakładkę Uzupełnianie użytkownik nie posiada bezpośredniego dostępu do przycisk:Wyślij JGP, który jest aktywowany dopiero po „Zatwierdzeniu” wizyty.

1. Użytkownik dokonuje ewidencji danych poprzez wypełnienie zakładki nr 1. Realizacja

Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
85.111	Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi	V	1	27-07-2011	27-07-2011
*C51	Mielogram	V	1	27-07-2011	27-07-2011

Dane te powinny być ewidencjonowane zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 14 czerwca 2011

2. Użytkownik przechodzi do zakładki nr 3. Rozliczenie świadczeń i wybiera przycisk: Nowa pozycja . Dokonuje ewidencji danych poprzez określenie: Produktu Kontraktowego, wybranie produkty jednostkowego określającego grupę do rozliczenia.

Kod	Nazwa	Waga efekt.	Schemat krotności	Schemat miesiąca
5.05.00.0000050	UROFLOMETRIA CEWKOWA	6	K1	P
5.06.00.0000721	BADANIE URODYNAMICZNE KOMPLEKSOWE Z PROFILO...	45	K1	P
5.30.00.0000001	W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE	1	K1	P
5.30.00.0000011	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 2-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000013	W13 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 3-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000014	W14 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 4-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000021	W21 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 1-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000022	W22 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 2-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000023	W23 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 3-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000024	W24 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 4-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000031	W31 PORADA UDZIELANA W MIEJSCU POBYTU ŚWIAD...	1	K1	P
5.31.00.0000001	Z01 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 1	1	K1	P
5.31.00.0000002	Z02 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 2	1	K1	P
5.31.00.0000003	Z03 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 3	1	K1	P
5.31.00.0000017	Z17 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 17	1	K1	P
5.31.00.0000018	Z18 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 18	1	K1	P
5.31.00.0000025	Z25 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 25	1	K1	P

3. Użytkownik przechodzi do zakładki :Wartość(taryfy JGP), gdzie wybiera przycisk: Wyznacz taryfę. Mechanizm wykona wyznaczenia taryfy dla wybranego produktu jednostkowego:

Id: * 02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII
 Ies: * 5.30.00.0000001 ... W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE
 Wzrost: * 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie
 Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)
 Liczba wyk. jedn.: 4 Koszt:

Ubezpieczyciel: 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
 Status osoby:

Sygnatura pisma zgody: Typ zgody:

Identyfikacja dodatkowej dokumentacji:

1. Umiejscowienie i stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane dodatkowe świadczenia POZ 4. Rozliczenia z tytułu OC 5. Wartość (taryfy JGP)

Nr wersji grupera:	AOS.1.1	Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)
Taryfa:	4	Wyznacz taryfę
Taryfa dodatkowa:	0	
Suma taryf:	4	

Zatwierdź (F9) Anuluj

Jeśli użytkownik nie chce korzystać z przycisku: Wyznacz taryfę może sam dokonać wpisania taryfy poprzez określenie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa Dodatkowa.

Miejsce realizacji: PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA
 Zakres świadczeń: * 02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII
 Świadczenie: * 5.30.00.0000022 ... W22 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 2-GO TYPU
 Wyróżnik: * 1 Waga: 1 Współczynnik:
 Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)
 Liczba wyk. jedn.: 4 Koszt:

Podstawa ubezpieczenia: U - Pacjenci ubezpieczeni z wyłączeniem koordynacji
 Dokument UE:

Decyzja wójta/burmistrza:

Dokument uprawniający:

1. Umiejscowienie i stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane dodatkowe świadczenia POZ 4. Rozliczenia z tytułu OC 5. Wartość (taryfy JGP)

Nr wersji grupera:		Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)
Taryfa:		Wyznacz taryfę
Taryfa dodatkowa:		
Suma taryf:	0	

Wypełnia pola:

- Nr wersji grupera: wartość dla obowiązującego grupera to: AOS.1.1
- Taryfa: wartość uzupełniania na podstawie załącznika 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r, jest to wartość w kolumnie: Wartość punktowa.

Dla powyższego przykładu wybrano grupę W22 co oznacza że w polu: Taryfa należy wpisać: 14,5

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów realizowanych w trybie ambulatoryjnym	Wartość punktowa	0. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	1. świadczenia w zakresie alergologii	2. świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci	3. świadczenia w zakresie diabetologii	4. świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci	5. świadczenia w zakresie endokrynologii	6. świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci	7. świadczenia w zakresie gastroenterologii	8. świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci	9. świadczenia w zakresie geriatry	10. świadczenia w zakresie hematologii	11. świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	12. świadczenia w zakresie immunologii	13. świadczenia w zakresie kardiologii
1.	2.	3.	4.	5.	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1	W01	5.30.00.0000001	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	4,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	W11	5.30.00.0000011	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	W12	5.30.00.0000012	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	7,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	W13	5.30.00.0000013	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	13,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	W14	5.30.00.0000014	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	17,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	W21	5.30.00.0000021	W21 Świadczenie kompleksowe 1-go typu	6,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	W22	5.30.00.0000022	W22 Świadczenie kompleksowe 2-go typu	14,5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

c) Taryfa dodatko: 0

4. Wybrać przycisk: Zatwierdź, który spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty

5. Wybrać przycisk: Zatwierdź, który dla wizyty spowoduje zapisanie całej wizyty.

!!!Uwaga!!!

Dodawanie pozycji rozliczeniowych poprzez przycisk: Nowa pozycja i nie wypełnienie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa lub wypełnienie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa niezgodnie z załącznikiem 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r spowoduje, iż wysyłka takich świadczeń do systemu OWNFZ zostanie zwrócona z komunikatem:

<problem waga="B" kod="2040483" opis="Błąd określenia grupy JGP. Kod:8 Nieprawidłowa taryfa dla produktu jednostkowego x.xx.xx.xxxxxxx w rozliczeniu xx/xx/xx do xx/xx/xx.

W przypadku otrzymania powyższego komunikatu błędu należy sprawdzić dane wpisane w pola: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa w zakładce: Wartość (taryfa JGP) dla pozycji rozliczeniowej.