

Zasady udostępnienia danych

Wytyczne techniczne dotyczące plików CSV

Zbiory muszą zostać zapisane w postaci plików CSV, w którym jako separator pól zostanie użyty znak ";" (średnik), w systemie kodowania 1250: Środkowoeuropejskim (Windows), w których wiersze odpowiadają wierszom tabeli, a pola w wierszu, polom tabeli wyznaczonym przez jej kolumny – opisane w pierwszym wierszu pliku. Wartości puste w polach tekstowych będą interpretowane jako puste ciągi znaków (ciągi znaków o długości 0).

Każdy wiersz ma posiadać znak końca linii zgodny z systemem Windows (technicznie: CR-LF).

Pliki muszą zawierać nagłówki zawierające nazwy kolumn zgodnie z wytycznymi dotyczącymi struktury pliku. Plik musi zawierać wszystkie kolumny w formacie i kolejności określone w niniejszym dokumencie.

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików dla kolumn oznaczonych, jako “WYMAGANE”, należy przekazać określoną wartość – **nie można przekazać pustej zawartości pola.**

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików dla kolumn oznaczonych, jako “OPCJONALNE” - powinny być wypełnione, jeśli świadczeniodawcy posiadają takie dane.

Typy danych

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

1. Pola daty **DATA**: format zapisu "RRRR-MM-DD" - gdzie "RRRR" to rok, "MM" to miesiąc w zakresie 01 - 12 a "DD" to dzień w zakresie 01-NN gdzie NN jest zgodnie z kalendarzem w danym roku "RRRR" i miesiącu "MM" np. 2016-01-25 daty "RRRR-MM-DD".
2. Pola godziny **GODZINA**: format zapisu „GG:MM” - gdzie "GG" to zapis godziny w zakresie 00 - 23 a "MM" to zapis minut w zakresie 00 - 59 np. 01:07
3. Pola czasu **CZAS**: format zapisu „GG:MM” - gdzie "GG" to zapis godziny, a "MM" to zapis minut w zakresie 00 - 59 np. 26:07
4. Pole roku **ROK**: format zapisu "RRRR" np. 2017
5. Pole zakres miesięcy **MIESIACE**: format zapisu "MM-MM" np. 01-01, 01-09.
6. Pola numeryczne:
 - a. **LICZBA** Liczba; separator dziesiętny - przecinek ; np. 1,0; 1,54; 1,5439
 - b. **LICZBA CAŁKOWITA** Liczba całkowita - należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.
7. Pola tekstowe **TEKST**: wartość tekstowa ma NIE zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzołłowu, @, #, ?, \$, itp.)

Zawartość merytoryczna plików

Jeżeli w zakresie danych, które mają być zawarte w plikach występuje wiele zdarzeń danej klasy, np. kilka hospitalizacji, to dla każdego zdarzenia należy przesłać pełny wiersz informacji powtarzając ogólne dane w celu właściwej identyfikacji zdarzenia. Pliki w tym zakresie mają być redundantne.

Dane powinny być raportowane dla każdego zrealizowanego świadczenia opieki zdrowotnej (w tym również świadczeń zrealizowanych, ale nierozliczonych, tzw. „nadwykonań”, „rehospitalizacji”).

Przekazywane dane dotyczą okresu **1.01.2017–30.06.2017 r.**

Zbierane dane dotyczą pacjentów, dla których **udzielane świadczenie zakończyło się w danym okresie przekazywanych danych.**

Plik 1, Ogólne Informacje, Nazwa pliku: *OG.csv*

Plik ma zawierać informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej (rozumianego, jako zespół świadczeń zrealizowanych na rzecz pojedynczego pacjenta w ramach pojedynczego kontaktu ze świadczeniodawcą) ma zostać zawarty w pliku **jeden** wiersz opisujący to świadczenie.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|--------|-------------|--|--|
| 1 | NR_KS | TEKST | WYMAGANE | Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą | Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0 |
| 2 | KSIEGA_ROK | TEKST | WYMAGANE | Część numeru księgi głównej oznaczająca rok, którego dotyczy księga główna | Pozycje powinny być zgodne z Załącznikiem do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych; Komunikat szczegółowy NFZ - rozdział 2.2.6 Element "hospitalizacja"; poziom hierarchii 4 (księga) |
| 3 | KSIEGA_NR | TEKST | WYMAGANE | Część numeru księgi głównej oznaczająca numer księgi | |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|-------------------|---------------------|-------------|--|---|
| 4 | KSIEGA_POZ | TEKST | WYMAGANE | Część numeru księgi głównej oznaczająca pozycję księgi głównej | |
| 5 | KSIEGA_NR_DZIECKA | TEKST | WYMAGANE | Część numeru księgi głównej oznaczająca numer dziecka | |
| 6 | ID_PACJENTA | TEKST | WYMAGANE | Identyfikator pacjenta (w tym nr PESEL) | Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego braku identyfikator zgodny z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. (Tekst do 20 znaków) |
| 7 | DATA_PRZYJ | DATA | WYMAGANE | Data rozpoczęcia świadczenia | Data rozpoczęcia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data przyjęcia do szpitala) |
| 8 | DATA_ZAK | DATA | WYMAGANE | Data zakończenia świadczenia | Data zakończenia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data wypisania ze szpitala) Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ; powinna być zgodna ze sprawozdaną do NFZ |
| 9 | TR_PRZYJ | LICZBA CAŁKOWITA | WYMAGANE | Tryb przyjęcia określony na dany okres sprawozdawczości | Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym: KODY TRYBU PRZYJĘCIA „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego; „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki; „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu; „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania; ... „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|------------------|-------------|--|--|
| 10 | TR_WYP | LICZBA CAŁKOWITA | WYMAGANE | Tryb wypisu określony na dany okres sprawozdawczości | <p>Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p> <p>np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym: KODY TRYBU WYPISU „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego; „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym; „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu; ... „11” – wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.</p> |
| 11 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWITA | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Plik 2, Świadczenia medyczne, Nazwa pliku: SM.csv

Plik ma zawierać informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej/produktu udzielanego świadczeniobiorcy. Dla każdego świadczenia ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. W przypadku, gdy w trakcie trwania świadczenia nastąpi zmiana kodu zakresu lub produktu rozliczeniowego lub ośrodka powstawania kosztów należy dla każdej zmiany przekazać odrębny wiersz opisujący świadczenie.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|----------------|---------|-------------|--|---|
| 1 | NR_OPK_SM | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, który realizował świadczenie | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który realizował świadczenie jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem Zestawienie_FK_rok.xls. Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. |
| 2 | NR_KS | TEKST | WYMAGANE | Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą | Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0 |
| 3 | DATA_ROZP_PROD | DATA | WYMAGANE | Data rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK | Data przyjęcia do danego OPK lub realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) |
| 4 | DATA_ZAK_PROD | DATA | WYMAGANE | Data zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK | Data wypisu z danego OPK lub zakończenia realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ np. w przypadku wizyty/ porady/ pobytu jednodniowego/ wykonania konkretnej procedury |
| 5 | GODZ_ROZP_PROD | GODZINA | WYMAGANE | Godzina rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK | Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji. |
| 6 | GODZ_ZAK_PROD | GODZINA | WYMAGANE | Godzina zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK | Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji. |
| 7 | KOD_ZAKRESU | TEKST | WYMAGANE | Kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ) | Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 14 znaków) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji lub jeśli dany pobyt nie wiąże się z rozliczeniem świadczenia w danym zakresie. |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|-------------------------|-------------|--|---|
| 8 | KOD_PROD | TEKST | WYMAGANE | Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ) | Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 16 znaków) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji lub jeśli dany pobyt nie wiąże się z rozliczeniem świadczenia w żadnym produkcie. |
| 9 | ROZP_GL | TEKST | WYMAGANE | Rozpoznanie główne wg katalogu ICD-10 | Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ |
| 10 | ROZP_WSP | TEKST | WYMAGANE | Po przecinku rozpoznania współistniejące według katalogu ICD-10 | Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji. |
| 11 | ROZP_POW | TEKST | WYMAGANE | Po przecinku rozpoznania powikłań według katalogu ICD-10 | Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji. |
| 12 | ILOSC_SM | LICZBA | WYMAGANE | Ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia) | Ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia) |
| 13 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWIT A | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Plik 3, Produkty Lecznicze, Nazwa pliku: PL.csv

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent, łącznie z podawanymi w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki (nie należy ich uwzględniać w koszcie procedury sprawozdanym w pliku CP).

UWAGA: Jeśli pacjent nie był leczony farmakologicznie (nie otrzymał produktu leczniczego) należy wypełnić tylko w jednym rekordzie dane w kolumnach identyfikujących danego pacjenta (kolumna nr 2 NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieścić wpis „NIE OTRZYMAŁ”.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|--------|-------------|--|--|
| 1 | NR_OPK_PL | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego jest numer konta ośrodka kosztów. |
| 2 | NR_KS | TEKST | WYMAGANE | Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą | Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM_.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0 |
| 3 | DATA_WYK | DATA | WYMAGANE | Data podania | Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG. |
| 4 | NAZWA_PL | TEKST | WYMAGANE | Nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta | W kolumnie tej powinny znaleźć się dodatkowe informacje charakteryzujące dany produkt leczniczy tj. zawartość substancji leczniczej, liczba sztuk w opakowaniu (np. Acard 150 mg 60 tabletek; Dexaven inj. roztw. 4 mg/ml 10 amp. 2 ml). |
| 5 | JEDN_MIARY_PL | TEKST | WYMAGANE | Nazwa najmniejszej jednostki miary produktu leczniczego podanego pacjentowi. | np.: ml, tabletki, kapsułki, czopki, ampułki itp. |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|----------------------------|------------------|-------------|--|---|
| 6 | LICZBA_PODANYCH_JEDN_MIARY | LICZBA | WYMAGANE | Ilość produktu leczniczego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_PL podanego pacjentowi jednorazowo lub w ciągu dnia | <p>UWAGA:</p> <p>Należy sprawozdawać liczbę podanych jednostek miary w odniesieniu do tego, co jest wpisane w JEDN_MIARY_PL dla danego produktu leczniczego.</p> <p>Nie jest dozwolone sprawozdawanie np. liczby tabletek/ml, jeśli w kolumnie JEDN_MIARY_PL podane jest opakowanie. W takim przypadku liczba podanych jednostek miary powinna odnosić się do części opakowania.</p> <p>W przypadku, gdy nie zużyto całej ampułki/ worka dopuszczalne jest uwzględnienie strat danego produktu leczniczego.</p> |
| 7 | KOSZT_JEDNOSTKI | LICZBA | WYMAGANE | Koszt jednostki produktu leczniczego podanej w kolumnie JEDN_MIARY_PL | <p>Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_PL; to np. koszt 1 tabletki, 1 drażetki, 1 fiołki itd.</p> <p>Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_PL wpisano tabletki to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEJ tabletki.</p> <p>Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_PL.</p> |
| 8 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWITA | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Plik 4, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: WM.csv

"Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, środki pomocnicze, jakie otrzymał pacjent łącznie ze zużytymi w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki (NIE NALEŻY ich uwzględniać w koszcie procedury sprawozdanym w pliku CP).

UWAGA: Jeśli świadczeniodawca nie prowadzi ewidencji zużycia wyrobów medycznych na oddziale dopuszczalne jest wypełnienie w jednym rekordzie jedynie dane w kolumnie identyfikującej pacjenta (kolumna nr 2 => NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieszczenie wpisu „KOSZT OSOBODNIA”. W takim wypadku należy przekazać również (w odrębnym pliku) wykaz wyrobów, które standardowo są wliczane w koszt osobodnia (powinno to znaleźć odzwierciedlenie w pozycji b2 w pliku FK)."

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|--------|-------------|--|--|
| 1 | NR_OPK_WM | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego jest numer konta ośrodka kosztów |
| 2 | NR_KS | TEKST | WYMAGANE | Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą | Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dzień> ecka> np. 2017/1/1249/0 |
| 3 | DATA_WYK | DATA | WYMAGANE | Data zużycia | Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG. |
| 4 | NAZWA_WM | TEKST | WYMAGANE | Nazwa handlowa wyrobu medycznego stosowanego jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.) lub mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta /kilku pacjentów (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w 5 przypadkach) | W polu tym pomocne będą dodatkowe informacje o wyrobie m.in. wymiar, objętość, producent oraz numer katalogowy danego wyrobu, liczba sztuk w opakowaniu (np. cewnik urologiczny FOLEY, Galmed, rozmiar CH8, silikonowy, 1 szt.) |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|----------------------------|------------------|-------------|--|---|
| 5 | JEDN_MIARY_WM | TEKST | WYMAGANE | Nazwa jednostki miary wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta | Podstawowa jednostka miary np.: szt., kg, ml itp. |
| 6 | LICZBA_ZUZYTYCH_JEDN_MIARY | LICZBA | WYMAGANE | Liczba sztuk lub opakowań danego wyrobu medycznego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_WM przypisanego bezpośrednio do pacjenta lub udział części, który wynika z możliwości wielokrotnego użycia danego wyrobu (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc udział tego wyrobu wynosi 2 razy na 10 możliwych, tu wpis 0,2). | Liczbowy zapis odzwierciedlający liczbę wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta w jednostce opisanej w kolumnie JEDN_MIARY_WM, np. jeżeli zużyto w ciągu dnia 3 razy po jednej strzykawce danego rodzaju (w polu JEDN_MIARY_WM wprowadzono np.: szt., strzykawka) to w tym polu należy wpisać wartość 3 lub przekazać 3 rekordy z wpisaną wartością 1 w każdym rekordzie. Jeśli w kolumnie JEDN_MIARY_WM podane jest opakowanie, zużycie powinno odnosić się do części opakowania. |
| 7 | KOSZT_JEDNOSTKI | LICZBA | WYMAGANE | Koszt jednostki wyrobu medycznego podanego w kolumnie JEDN_MIARY_WM | Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_WM to np. koszt 1 aparatu infuzyjnego, 1 drenu, 1 plastra itd. Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_WM wpisano worek(sztuka) to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEGO worka(sztuki). Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_WM. |
| 8 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWITA | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Plik 5, Procedury medyczne, Nazwa pliku: PR.csv

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta.

W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wykazać w osobnym wierszu z uzupełnionym polem w kolumnie NR_KS_PR.

Nie trzeba uwzględniać procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflony, nakłucie żyły, powinno się jednak wskazać procedury istotnie wpływające na koszt, np. nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, wzmożony nadzór pielęgniarski wraz z czasami trwania.

UWAGA:

Jeżeli podczas hospitalizacji nie wykonano innych procedur niż realizowane standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły, opieka pielęgniarki czy porada lekarska, należy wypełnić tylko w jednym rekordzie dane w kolumnach identyfikujących danego pacjenta (kolumny nr 1 => NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieścić wpis „KOSZT OSOBODNIA”.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|--------|-------------|--|---|
| 1 | NR_KS | TEKST | WYMAGANE | Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą | "Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0" |
| 2 | NR_OPK_ZLEC | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, który zlecił wykonanie procedury | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zlecił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów |
| 3 | NR_OPK_PR | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, który zrealizował procedurę | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący pliki: - - CP.csv (Nr kolumny: 1 -NR_OPK_PR) oraz Zestawienie_FK_rok.xls. Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY". |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|---------------------|-------------|---|--|
| 4 | NR_KS_PR | TEKST | WYMAGANE | Numer w: księdze zabiegów, księdze bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, księdze bloku porodowego albo sali porodowej, księdze pracowni diagnostycznej. | Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dla danej procedury nie jest prowadzony zapis w w/w księgach (np. jest to badanie diagnostyczne, laboratoryjne itp.). |
| 5 | DATA_WYK | DATA | WYMAGANE | Data wykonania | Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (\geq DATA_PRZYJ i \leq DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG. |
| 6 | ICD-9 | TEKST | WYMAGANE | Kod ICD-9 | Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Należy wpisywać kody o najbardziej szczegółowej istniejącej kategorii. Wpisanie własnego kodu dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wykazać w osobnym wierszu z uzupełnieniem kolumny NR_KS_PR Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z plikiem: CP.csv, (odpowiednie wiersze – ICD-9). Wymagany jest identyczny zapis we wszystkich plikach. |
| 7 | NAZWA_PR | TEKST | WYMAGANE | Nazwa procedury według słownika ICD-9 | Nazwa procedury wg słownika ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Wpisanie własnej nazwy dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”. |
| 8 | ILOSC_PR | LICZBA CAŁKOWITA | WYMAGANE | Ilość tych samych procedur wykonanych na rzecz pacjenta w dniu opisanym polem DATA_WYK | Wypełnić wartością większą od 1 tylko jeżeli procedura została wykonana wielokrotnie dla identycznych wpisów w pozostałych kolumnach rekordu. |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|---------------------|-------------|--|--|
| 9 | CZAS_PR | CZAS | WYMAGANE | Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury | <p>Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury.</p> <p>W przypadku procedur zabiegowych, jako 'czas trwania procedury' rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym / w gabinecie zabiegowym.</p> <p>W przypadku wykazania procedury "złożonej" w ramach jednego numeru księgi zabiegowej w kolumnie NR_KS_PR prosimy o przypisanie:</p> <p>1) czasu (rzeczywistego lub standardowego) poszczególnych procedur składowych dla danego wpisu w kolumnie NR_KS_PR lub</p> <p>2) łącznego czasu procedury "złożonej" przypisanego do jednej z procedur (określonej jako podstawowa) a przy pozostałych procedurach składowych prosimy umieścić wpis "00:00"</p> <p>Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dotyczy badań diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej.</p> |
| 10 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWITA | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Plik 6, Struktura pliku dotyczącego cennika procedur medycznych , Nazwa pliku: CP.csv

Plik ma zawierać informacje na temat cen poszczególnych procedur.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|----------|-------------|---|--|
| 1 | NR_OPK_PR | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK, który zrealizował procedurę | Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący pliki: - - PR.csv (Nr kolumny: 3 -NR_OPK_PR) oraz Zestawienie_FK_rok.xls. Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY". |
| 2 | ROK | ROK | WYMAGANE | Rok obowiązywania cennika | Prosimy o przekazanie roku za jaki przekazywane są dane |
| 3 | MIESIACE | MIESIACE | WYMAGANE | Miesiące obowiązywania cennika | Prosimy o przekazanie zakresu miesięcy za jaki przekazywane są dane. |
| 4 | ICD-9 | TEKST | WYMAGANE | Kod ICD-9 | Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Należy wpisywać kody o najbardziej szczegółowej istniejącej kategorii. Wpisanie własnego kodu dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z plikiem PR.csv (odpowiednie wiersze – ICD-9). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. |
| 5 | NAZWA_PR | TEKST | WYMAGANE | Nazwa procedury według słownika ICD-9 | Nazwa procedury wg słownika ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Wpisanie własnej nazwy dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” |
| 6 | KOSZT_CP | LICZBA | WYMAGANE | Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę | Dla procedur niewycenionych prosimy o przekazanie wartości "0" Koszt procedur zabiegowych oraz diagnostycznych inwazyjnych (np. koronarografia, badanie elektrofizjologiczne) nie powinien zawierać kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które należy wykazać w plikach PL i WM |

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny | Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład |
|---------|---------------|------------------|-------------|---|---|
| 7 | ILOSC_CP | LICZBA CAŁKOWITA | WYMAGANE | Ilość procedur wykonanych w okresie obowiązywania cennika | Ilość procedur wykonanych w danym OPK u danego świadczeniodawcy w okresie obowiązywania cennika. |
| 8 | ID_REKORDU | LICZBA CAŁKOWITA | OPCJONALNE | Numer rekordu | Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów |

Numery ICD-9 i nazwy procedur medycznych powinny wynikać ze słownika ICD-9 PL. **Indywidualne nazewnictwo świadczeniodawców dopuszcza się tylko w przypadku, gdy słownik nie posiada procedury wycenionej przez świadczeniodawcę.**

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.
2. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej niebędące oddziałami szpitalnymi preferowaną metodą jest metoda określona w uchylonym rozporządzeniu z 1998 roku (Dz. U. z 1998 nr 164 poz. 1194) polegająca na określeniu kosztu normatywnego (na podstawie karty technologicznej) i w każdym miesiącu ustalenie kosztów poprzez kalkulację wartości jednostki kalkulacyjnej. Wartość tę ustala się na podstawie następującego wzoru: Łączne koszty ośrodka kosztów / Suma kosztów normatywnych. Koszt procedury ustalany jest jako: Koszt normatywny procedury x Wartość jednostki kalkulacyjnej.
3. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej niebędące oddziałami szpitalnymi dopuszczalne jest również podanie kosztu procedury na podstawie cennika wewnętrznego ustalonego w podmiocie. Cena powinna uwzględniać wyłącznie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.
4. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej będące oddziałami szpitalnymi zaliczanymi do standardu opieki nad pacjentem na oddziale dopuszcza się pominięcie informacji o realizacji takiej procedury oraz o jej kosztach.
5. W odniesieniu do pozostałych procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej będące oddziałami szpitalnymi możliwe jest podanie kosztu procedury ustalonego na podstawie cennika wewnętrznego. Cena powinna uwzględniać wyłącznie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.
6. Z kosztów procedur należy odjąć koszty leków oraz wyrobów medycznych.

**Plik 7, Struktura pliku dotyczącego zestawienia informacji o OPK realizujących świadczenia, Nazwa pliku:
Zestawienie_FK_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje o nazwach kont OPK stosowanych w pozostałych plikach.

| Nr kol. | Nazwa kolumny | Format | Wymagalność | Opis kolumny |
|---------|---------------|--------|-------------|-----------------|
| 1 | NR_OPK | TEKST | WYMAGANE | Numer konta OPK |
| 2 | NAZWA | TEKST | WYMAGANE | Nazwa OPK |

Plik 8, Struktura pliku dotyczącego informacji finansowo-księgowych, Nazwa pliku: FK.xls

Dane niezbędne dla ustalenia taryfy świadczeń przekazywane będą za pomocą szyfrowanego protokołu komunikacyjnego. Na powyższe dane składają się: dane kosztowe w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych informacji statystycznych, finansowo-księgowych, o zatrudnieniu oraz o przychodach i środkach trwałych za okres 1.01.2016–31.12.2016 r. oraz 1.01.2017–30.06.2017 r.

Wszystkie elementy struktury danych są wymagane.

Dane mają zawierać informacje dotyczące zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz inne informacje niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe za 2016 r. oraz za pierwszą połowę 2017 r. Dane powinny zawierać dane finansowo-księgowe dla medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia (tj. nieinwazyjną wentylację mechaniczną rozliczaną w ramach grupy D45) z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne. Raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Przez medyczne ośrodki powstawania kosztów realizujące przedmiotowe świadczenia rozumiane są ośrodki/komórki organizacyjne posiadające kody resortowe, charakteryzujące specjalność, wynikające z pkt 4 załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania..

W OPKu można wskazać więcej niż jeden kod resortowy (po przecinku). Kody resortowe w sprawozdaniu do AOTMiT powinny odpowiadać rzeczywistemu profilowi medycznemu OPKu czy świadczeniom zdrowotnym wykonywanym w danym OPKu, co oznaczać może czasami niezgodność z kodem resortowym zarejestrowanym dla danego OPK-u w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli ten jest niezaktualizowany).

Pod pojęciem ośrodka powstawania kosztów należy rozumieć wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej podmiotu jednostkę organizacyjną dla której gromadzi się pełne koszty zasobów zaangażowanych w tym ośrodku.

Za odrębny OPK nie uznaje się takiego ośrodka powstawania kosztów, 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 OPKów dotyczących tej samej jednostki organizacyjnej, (tutaj przykładowo bloku operacyjnego), należy połączyć OPKi 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 za odrębny OPK Agencja nie uznaje także takich OPKów, na których gromadzone są koszty personelu świadczącego pracę w ramach różnych jednostek organizacyjnych (np. pielęgniarki anestezyjologiczne czy lekarze rezydenci). W takim przypadku koszty personelu należy uwzględnić w kosztach poszczególnych komórek organizacyjnych.

Na dane składają się cztery tabele:

- FK.OPK – tabela zawierające dane finansowo-księgowe oraz dane o przychodach za wymagany okres;
- Tab1 – tabela zawierająca dane na temat zasobów ludzkich oraz wybrane dane niefinansowe;
- Tab2 – tabela zawierająca dane statystyczne na temat ilości zrealizowanych produktów;
- Tab3 – tabela zawierające informacje o kosztach amortyzacji i utrzymania środków trwałych i WNiP.

W przypadku przekazywania tego samego OPK w rozbiciu na 2 lata prosimy o dopisanie po kodzie OPK roku po znaku podkreślenia (np. 510-18-01_2016 oraz 510-18-01_2017) i sprawozdanie ich w tym samym pliku FK jako dwa różne OPK.

Na stronie internetowej pod adresem <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> w zakładce INSTRUKCJA znajdują się najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi (FAQ) dotyczące tego, jak wypełnić dane FK oraz poniższy wzór danych FK w formacie Excel. Pytania są pogrupowane w kategorie dotyczące różnych zakresów tematycznych związanych z wypełnianiem danych. Uprzejmie prosimy o przestudiowanie FAQ przed kontaktem z Agencją. Aby zalogować się do systemu na konto demonstracyjne prosimy o używanie następujących danych:

Login: demouser
Hasło: 1234Demouser

Strona ta będzie służyła do przekazania wypełnionych przez Państwa danych FK.

Format tabeli FK.OPK

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

| | | |
|---|---|--|
| Kod oddziałowy świadczeniodawcy | | np. 3302562 |
| Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy) | | np. Szpital XYZ, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa |
| Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email | | np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com |
| Numer konta OPK | | np. 510-18-01 |
| Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów] | | np. Oddział Chirurgii Ogólnej |
| 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: | | 2016 |
| CZĘŚĆ PODSTAWOWA I - PRZYCHODY (dla zdefiniowanych kategorii należy przyporządkować właściwe przychody): | | |
| 1 | PRZYCHODY RAZEM: (suma pozycji 2, 3 i 4) | 7 360 908,62 |
| 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) | |
| 4 | Przychody z innych tytułów (np. dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów itd.) | 170 608,62 |
| 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) | 7 919 456,77 |
| B | Koszty leków i wyrobów medycznych (suma pozycji b1 i b2) | 714 382,43 |
| <i>b1</i> | w tym: przypisywanych na pacjenta | 709 093,13 |
| <i>b2</i> | w tym: nieprzypisywanych do pacjenta (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku) | 5 289,30 |
| C | Koszty amortyzacji² (suma pozycji c1 do c5) | 194 132,00 |
| <i>c1</i> | w tym: budynków, lokali, prawa do lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej | 62 300,00 |
| <i>c2</i> | w tym: urządzeń technicznych i maszyn | 78 140,00 |
| <i>c3</i> | w tym: środków transportu | |
| <i>c4</i> | w tym: innych środków trwałych | 15 687,00 |
| <i>c5</i> | w tym: wartości niematerialnych i prawnych | 38 005,00 |
| D | Koszty procedur³ | 1 656 554,21 |
| E | Koszty zarządu⁴, w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego | 210 794,59 |
| F | Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę⁵ (suma pozycji f1 do f15) | 2 406 662,38 |
| <i>f1</i> | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶ | 354 206,03 |
| <i>f2</i> | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷ | 64 937,77 |
| <i>f3</i> | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸ | 53 130,90 |
| <i>f4</i> | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹ | 118 068,68 |
| <i>f5</i> | w tym: pielęgniarek i położnych | 1 816 319,00 |
| <i>f6</i> | 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, masażyistów, 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, masażyistów, 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 |
| CZEŚĆ 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. 500-100-400 | np. Zużycie materiałów | |
| np. 500-100-400-01 | np. Zużycie leków | |
| np. 500-100-400-02 | np. Zużycie materiałów medycznych | |
| np. 500-100-500 | np. Koszty pośrednie | |
| np. 500-100-500-01 | np. Kuchnia | |
| np. 500-100-500-02 | np. Pralnia | |
| np. 500-100-500-03 | np. Zarząd | |
| | np. Centralny Blok Operacyjny | |
| | np. Pracownia RTG | |
| 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;
- 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 wyżywienia 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 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. (należy przypisać **rzeczywisty kod resortowy charakteryzujący specjalność ośrodka powstawania kosztów**).

Format tabeli Tab1

Uwaga! Kolumny Oddziału Chirurgii Ogólnej i kolejne zostały wypełnione dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

| | Numer konta OPK ¹ [Uwaga! Prosimy zachować kolejność wymienianych OPKów z arkusza FK.OPK] | np. 510-18-01 | np. 510-18-02 | np. 510-18-03 | np. 530-18-01 (Centralny Blok Operacyjny ¹³) | itd. - numer kolejnego OPK |
|---|--|---------------|---------------|---------------|--|----------------------------|
| | Rok | 2016 | 2016 | 2016 | 2016 | 2016 |
| A | Liczba łóżek / miejsc w oddziałach dziennych ² | 66 | 31 | | | |
| B | Liczba osobodni ³ (suma za rok) | 18 708 | 7 700 | | | |
| C | Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku ⁴ | 12 | 12 | 8 | | |
| 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 | 1 | | | | 2 |
| d2 | Rzeczywista ilość godzin pracy sal operacyjnych/zabiegowych funkcjonujących w ramach OPK ⁷ (suma za rok) | 1 502 | | | | 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 OPK i (nr kont OPK), w których realizowane są godziny pracy wskazane w pozycji e1 | | | | | |
| 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.) | | | | | |
| f15 | w tym: pozostałego personelu niemedycznego (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.) | | | | | |
| G | Suma za rok liczby etatów personelu wynikających z umów cywilno-prawnych, 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, masażystów, 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 sprawozdawanym 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;
- 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);
- 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;

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 (dane roczne) | | | |
|--|------------------------------------|---|------------------------------|
| Numer konta OPK ¹ | kod zakresu świadczeń ² | kod produktu rozliczeniowego ³ | ilość produktów ⁴ |
| np. 510-18-01 | np. 03.4401.030.02 | np. 5.51.01.0003057 | |
| | | | |
| np. 510-18-02 | | | |
| | | | |
| 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;

5- 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 środków 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 |
| np. 510-18-01 | urządzenie X | c2 | | | 2010 | 272 500 | 2 | 10 | 3 520 | 8 800 |
| | urządzenie Y | c3 | | 1 | - | - | | 12 | 4500 | 11 500 |
| | urządzenie Y | c2 | | | 2013 | 520 000 | | 2 | 0 | 3 200 |
| np. 510-18-02 | urządzenie Z | c4 | 1 | | 2009 | 128 000 | 0,25 | | 500 | 0 |
| itd. | itd. | | | | | | | | | itd. |

* - środki trwałe zgodnie z przyjętą przez Państwo polityką rachunkowości

UWAGA: Prosimy o wpisanie wszystkich środków trwałych wykorzystywanych w związku z realizacją świadczeń, także tych środków trwałych, które zostały już całkowicie zamortyzowane.

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).