

## Instrukcja wypełniania pliku z danymi niezbędnymi do dokonania weryfikacji wycen wybranych świadczeń w rodzaju Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Na dane finansowo-księgowe zawarte w pliku FK, niezbędne dla ustalenia taryfy świadczeń, składają się informacje o kosztach i przychodach w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz inne niefinansowe, takie jak: informacje statystyczne o OPKach, za okres I półrocza 2023 r. (dane narastająco za okres od stycznia do czerwca 2023 r.). Przedmiotowe dane przekazywane będą za pomocą szyfrowanego protokołu komunikacyjnego.

Wszystkie elementy struktury danych są wymagane, jednocześnie ich struktura nie może być zmieniona. Dane powinny odnosić się wyłącznie do działalności klinicznej, z wyłączeniem działalności dydaktycznej / naukowej.

Informacje finansowo-księgowe należy przekazać dla medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) wskazanych we Wniosku o udostępnienie danych, realizujących przedmiotowe świadczenia. Raportowane OPK powinny zawierać pełne koszty OPK tj. koszty bezpośrednie, alokowane koszty pośrednie oraz zarządu.

Przez medyczne ośrodki powstawania kosztów rozumiane są ośrodki/komórki organizacyjne posiadające kody resortowe, charakteryzujące specjalność, wynikające z załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r., poz. 173 z późn. zm.).

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 nie jest zaktualizowany).

Pod pojęciem ośrodka powstawania kosztów (OPK) należy rozumieć wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej podmiotu jednostkę organizacyjną, dla której gromadzi się pełne koszty zasobów zaangażowanych w tym ośrodku, tj. koszty osobowe, materiałowe i infrastruktury. Wydzielenie OPK powinno być zgodne z zasadami wyodrębniania OPK opisanymi w załączniku nr 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (dalej: SRK, Dz.U. z 2020 r., poz. 2045).

W pliku FK wymagane są tylko **dwie** z pięciu tabel:

- **FK.OPK** – tabela zawierająca dane finansowo-księgowe oraz dane o przychodach za wymagany okres dla medycznych OPKów;
- **Tab1** – tabela zawierająca wybrane dane niefinansowe dla medycznych OPKów (pozycje od A do d2; z wyłączeniem pozycji d1),
- **Tab2 – nie wypełniać,**
- **Tab3 –nie wypełniać,**
- **Tab4 –nie wypełniać.**

Na stronie internetowej pod adresem <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> w zakładce **POMOC/INSTRUKCJA** znajdują się materiały pomocne przy uzupełnianiu danych w pliku FK:

- a) **Najczęstsze pytania** - najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi dotyczące tego, jak uzupełnić plik FK. Pytania są pogrupowane w kategorie dotyczące różnych zakresów tematycznych związanych z wypełnianiem danych. Uprzejmie prosimy o przestudiowanie FAQ przed kontaktem z Agencją.
- b) **Mapowanie kont** - powiązanie poszczególnych kont analitycznych zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (SRK) z kategoriami kosztowymi pliku FK w pliku **MAPOWANIE KONT-SRK**: <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/instrukcja/pliki/mapowanie-kont>. Plik ten pomocny jest szczególnie tym świadczeniodawcom, którzy zaimplementowali plan kont zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie zaleceń SRK, do właściwego pogrupowania kosztów z kont analitycznych do kategorii kosztowych pliku FK.

Strona <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> służy do przekazywania danych FK (po otrzymaniu hasła). W pierwszym etapie Świadczeniodawca przekazuje Listę OPKów funkcjonujących w podmiocie. **Po jej zatwierdzeniu przez pracownika Agencji, świadczeniodawca pobiera ze strony szablon pliku FK**, uzupełniony o OPKi z zatwierdzonej listy, wypełnia

własnymi danymi i wgrywa przez wspomnianą stronę. Dalsze prace weryfikacyjne zależne są od jakości przekazanych danych.

Jeżeli dana wartość w pliku FK nie występuje, to należy komórkę zostawić pustą, nie jest konieczne wpisywanie zera. Natomiast nie należy wpisywać słowa :”brak”.

## Format tabeli FK.OPK

**Uwaga! Kolumna Oddziału Psychiatrycznego I została wypełniona dla przykładu.**

**NIE NALEŻY DODAWAĆ WIERSZY W CZĘŚCI PODSTAWOWEJ**

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. 504-4700-01
Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów]		np. Oddział Psychiatryczny I
Kod resortowy <sup>15</sup> charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych [jeśli komórka ma więcej kodów, należy je podać po przecinku]		np. 4700
Rok lub inny okres sprawozdawczy <sup>16</sup> :		I półrocze 2023 r.
<b>CZĘŚĆ PODSTAWOWA I - PRZYCHODY</b> (dla zdefiniowanych kategorii należy przyporządkować właściwe przychody):		
1	<b>PRZYCHODY RAZEM:</b> (suma pozycji 2, 3, 4 i 5)	<b>7 160 908,62</b>
2	Przychody z tytułu kontraktu z NFZ (w części wynikającej z kontraktu dotyczące danego okresu)	6 190 300,00
3	Przychody z tytułu nadwykonań zrealizowanych w danym roku (niezależnie od tego czy zostały zapłacone)	
4	Przychody z tytułu leków refundowanych odrębnie (np. chemioterapia i programy lekowe)	
5	Przychody z innych tytułów (np. dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów, przychody komercyjne itd.)	970 608,62
<b>CZĘŚĆ PODSTAWOWA II - KOSZTY</b> (dla zdefiniowanych kategorii kosztowych [poz. A-K] należy przyporządkować właściwe koszty z danych FK umieszczonych poniżej w części szczegółowej):		
A	<b>KOSZTY CAŁKOWITE<sup>1</sup>, w tym:</b> (koszty całkowite są równe sumie pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K)	<b>8 027 867,54</b>
B	<b>Koszty leków i wyrobów medycznych</b> (suma pozycji b1 do b3)	1 114 382,43
b1	w tym: leków refundowanych odrębnie (np. chemioterapia, programy lekowe)	
b2	w tym: pozostałych przypisywanych do pacjenta	1 109 093,13
b3	w tym: pozostałych nieprzypisywanych do pacjenta (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku)	5 289,30
C	<b>Koszty amortyzacji<sup>2</sup></b> (suma pozycji c1 do c5)	194 132,00
c1	w tym: budynków, lokali, prawa do lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej	62 300,00
c2	w tym: urządzeń technicznych i maszyn	78 140,00
c3	w tym: środków transportu	
c4	w tym: innych środków trwałych	15 687,00
c5	w tym: wartości niematerialnych i prawnych	38 005,00
D	<b>Koszty procedur<sup>3</sup></b>	265 654,21
E	<b>Koszty zarządu<sup>4</sup>, w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego</b>	910 794,59
F	<b>Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę<sup>5</sup></b> (suma pozycji f1 do f15)	<b>2 605 973,15</b>
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji <sup>6</sup>	354 206,03
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu <sup>7</sup>	118 068,68
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości <sup>8</sup>	
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych <sup>9</sup>	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 <sup>10</sup> (ratowników medycznych itd.)	143 633,00
f15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego <sup>11</sup> (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	43 851,00
<b>G</b>	<b>Koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilno-prawnych, podwykonawstwa medycznego itp.<sup>12</sup> (suma pozycji g1 do g15)</b>	<b>970 995,31</b>
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji <sup>6</sup>	679 696,72
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu <sup>7</sup>	291 298,59
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości <sup>8</sup>	
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych <sup>9</sup>	
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 <sup>10</sup> (ratowników medycznych itd.)	
g15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego <sup>11</sup> (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	
<b>H</b>	<b>Wynagrodzenia rezydentów (suma pozycji h1 do h2)</b>	<b>69 661,20</b>
h1	refundowane	49 758,00
h2	ze środków własnych podmiotu leczniczego	19 903,20
<b>I</b>	<b>Transport medyczny</b>	<b>11 841,90</b>
<b>J</b>	<b>Wyżywienie pacjentów<sup>13</sup></b>	<b>613 852,00</b>
<b>K</b>	<b>Pozostałe koszty<sup>14</sup></b>	<b>1 270 580,75</b>
<p><b>CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA</b> - powinna przedstawiać:</p> <p><b>A. bezpośrednie koszty rodzajowe, konta zespołu 4</b> - rzut z systemu księgowego świadczeniodawcy, gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont, zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (SRK). Jeżeli świadczeniodawca jest ustawowo zwolniony ze stosowania SRK, wówczas konta zespołu 4 będą dowolne, zgodne z własnym planem kont świadczeniodawcy.</p> <p><b>B. koszty pośrednie alokowane z OPKów działalności pomocniczej medycznej, niemedycznej, działalności podstawowej, w tym z OPKów proceduralnych.</b></p> <p><b>C. koszty zarządu</b> - przedstawione w ogólnej kwocie alokowanej z poszczególnych OPK zarządu (kont zespołu 5). Należy przedstawić konta analityczne w stopniu jak najbardziej szczegółowym, bez sum pośrednich i podsumowań. <b>NALEŻY WKLEIĆ ZRZUT WŁASNYCH KONT ANALITYCZNYCH Z WŁASNEGO SYSTEMU FK!</b> Jeżeli nie wszystkie konta analityczne z rozprządzenia SRK zostały zaimplementowane do własnego systemu FK, to tylko takie należy przedstawić poniżej.</p>		
<b>Nr konta analitycznego</b>	<b>Nazwa konta analitycznego</b> [wkleić rzut kont z własnego systemu FK, nie muszą być wszystkie konta z rozporządzenia SRK, tylko te zaimplementowane do własnego systemu FK]	<b>koszt [PLN]</b>
400-01-01-01	Amortyzacja budynki, lokale, prawo do lokalu użytkowego grupa 1 KŚT-KUP	
400-01-01-02	Amortyzacja obiekty inżynierii lądowej i wodnej grupa 2 KŚT-KUP	
400-01-01-03	Amortyzacja kotły i maszyny energetyczne grupa 3 KŚT-KUP	
400-01-01-04	Amortyzacja maszyny, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania grupa 4 KŚT-KUP	

...	...	
<i>itd.</i>	<i>itd. pozostałe konta analityczne zaimplementowane do systemu FK świadczeniodawcy</i>	
...	...	
406-06-00	Inne koszty - NKUP	
406-06-01	Odprawy pośmiertne dla członków rodzin po zmarłym pracowniku	
406-06-02	Inne koszty	
	<b>KOSZTY POŚREDNIE</b>	
<b>507</b>	<b>koszty pośrednie z ośrodków proceduralnych 507-</b> <i>poniżej przykłady, należy przekazać własne ośrodki proceduralne, w kolumnie A należy wkleić własny numer OPK proceduralnego, w kolumnie B własną nazwę OPK proceduralnego (przykład należy usunąć)</i>	
507-xxxx-xx	IP obszar konsultacyjny	
507-xxxx-xx	IP obszar proceduralny	
507-xxxx-xx	Pracownia USG	
507-xxxx-xx	Pracownia RTG	
507-xxxx-xx	Inny ośrodek proceduralny	
<b>530</b>	<b>koszty pośrednie z ośrodków działalności pomocniczej medycznej 530 -</b> <i>poniżej przykłady, należy przekazać własne ośrodki pomocnicze medyczne, w kolumnie A należy wkleić własny numer OPK pomocniczego medycznego, w kolumnie B własną nazwę OPK pomocniczego medycznego (przykład należy usunąć)</i>	
530-xxxx-xx	IP obszar rejestracji	
530-xxxx-xx	apteka szpitalna	
<b>535</b>	<b>koszty pośrednie z ośrodków działalności pomocniczej niemedycznej 535 -</b> <i>poniżej przykłady, należy przekazać własne ośrodki pomocnicze niemedyczne, w kolumnie A należy wkleić własny numer OPK pomocniczego niemedycznego, w kolumnie B własną nazwę OPK pomocniczego niemedycznego (przykład należy usunąć)</i>	
535-xxxx-xx	kuchnia	
535-xxxx-xx	pralnia	
<b>xxx</b>	<b>koszty pośrednie z innych ośrodków kosztów</b>	
<b>550</b>	<b>koszty pośrednie z ośrodków zarządu 550 -</b> <i>poniżej przykład, należy przekazać własne ośrodki zarządu, w kolumnie A należy wkleić własny numer OPK zarządu, w kolumnie B własną nazwę OPK zarządu (przykład należy usunąć)</i>	
550-xxxx-xx	Dział księgowości	
550-xxxx-xx	Dział kadr i płac	
... itd.	... itd.	
... itd.	[liczba wierszy w części szczegółowej zależna od stopnia szczegółowości analityki w jednostce, ilości zaimplementowanych kont analitycznych z rozporządzenia SRK oraz od ilości ośrodków pomocniczych, zarządu i innych]	

#### 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. Koszty całkowite muszą być zgodne z sumą kosztów z analityki OPK;

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, gdzie c1 to budynki (grupa 1 i 2 KŚT), c2 urządzenia (grupa 3-6 KŚT), c3 środki transportu (grupa 7 KŚT), c4 inne środki trwałe (grupa 8 KŚT), c5 WNiP;

3- **koszty procedur** - obejmują koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności podstawowej, w tym proceduralnych scharakteryzowanych kodami funkcji 507 (np. w pracowni EEG lub RTG 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, kadrą itp. (zgodnie z SRK koszty kont scharakteryzowanych kodami funkcji 550);

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 opłaty za studia, koszty kursów i konferencji oraz inne świadczenia na rzecz pracowników;

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) bądź koszt cateringu (usługi obcej);

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

15- Należy **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 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (należy przypisać **rzeczywisty kod resortowy charakteryzujący specjalność ośrodka powstawania kosztów**);

16- **Okres sprawozdawczy** - okres, którego dotyczą sprawozdawane dane FK. Najczęściej będzie to rok kalendarzowy, chyba, że w postępowaniu wskazano inaczej, np. I półrocze 2023 r. (okres styczeń-czerwiec narastająco).

## Format tabeli Tab1

**Uwaga! Rekordy zostały wypełnione dla przykładu.**

**NIE NALEŻY DODAWAĆ WIERSZY WEWNĄTRZ TABELI**

pozycja	Numer konta OPK <sup>1</sup> [Uwaga! Należy zachować kolejność wymienianych OPKów z arkusza FK.OPK]	np. 504-4700-01	np. 502-2700-01	np. 501-1704-01
	Nazwa konta OPK	np. Oddział Psychiatryczny I	np. Oddział dzienny psychiatryczny	np. Poradnia psychogeriatryczna
A	Liczba łóżek/miejsc – dotyczy oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych, ośrodków rehabilitacji dziennej, zakładów opiekuńczych itd. <sup>2</sup>	66	28	
B1	Liczba zrealizowanych osobodni (suma za okres sprawozdawczy) - dotyczy oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych, ośrodków rehabilitacji dziennej, zakładów opiekuńczych itd. <sup>3</sup>	18 708	6521	
B2	Liczba hospitalizowanych / pacjentów (suma za okres sprawozdawczy) w OPK stacjonarnych, dziennych / Liczba zrealizowanych porad (suma za okres sprawozdawczy) w OPK ambulatoryjnych <sup>4</sup>	1087	184	628
C	Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w okresie sprawozdawczym <sup>5</sup>	6	6	6
D	Liczba gabinetów lekarskich poradni funkcjonujących w ramach OPK <sup>6</sup>			1
d1	<b>NIE WYPEŁNIAĆ</b>			
d2	Rzeczywista łączna liczba godzin pracy wszystkich gabinetów lekarskich poradni funkcjonujących w ramach OPK <sup>7</sup> (suma za okres sprawozdawczy)			984

### Przypisy do arkusza Tab1:

- 1- **numer konta OPK** musi być tożsamy z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- **liczba łóżek/miejsc** – rzeczywista liczba łóżek/miejsc w oddziałach stacjonarnych, oddziałach dziennych, ośrodkach rehabilitacji dziennej, zakładach opiekuńczych - m.in. dla OPKów o następujących kodach resortowych: 270\* do 275\*, 47\*\*, 5\*\*\*. W przypadku gdy liczba łóżek/miejsc zmieniła się w ciągu sprawozdawanego okresu należy podać średnią;
- 3- **rzeczywista liczba zrealizowanych osobodni** - suma za sprawozdawany okres - m.in. dla OPKów o następujących kodach resortowych: 270\* do 275\*, 47\*\*, 5\*\*\*;
- 4- **Liczba hospitalizowanych / pacjentów** (suma za okres sprawozdawczy) w OPK stacjonarnych, dziennych o kodach resortowych 270\* do 275\*, 47\*\*, 5\*\*\* / **Liczba zrealizowanych porad** (suma za okres sprawozdawczy) w OPK ambulatoryjnych o kodach resortowych 17\*\*. Należy podać

sumę hospitalizowanych/pacjentów/porad za sprawozdawany okres, jeżeli OPK funkcjonował krócej niż ten okres – należy podać sumę z okresu funkcjonowania OPK;

- 5- **liczba miesięcy funkcjonowania OPK w okresie sprawozdawczym** - w przypadku danych za półrocze 2023 będzie to liczba 6. Jeżeli dany OPK funkcjonował przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdanym okresie, np. jeśli zamiast 6 miesięcy, OPK funkcjonował w miesiącach I-III, to należy wpisać 3, jeśli w miesiącach V i VI należy wpisać 2, itd.;
- 6- **Liczba gabinetów lekarskich poradni** funkcjonujących w ramach OPK – dotyczy OPK ambulatoryjnych o kodach resortowych 17\*\*;
- 7- **Rzeczywista łączna liczba godzin pracy wszystkich gabinetów lekarskich poradni** funkcjonujących w ramach OPK (suma za okres sprawozdawczy) – dotyczy OPK ambulatoryjnych o kodach resortowych 17\*\*.

**Wszystkie pozostałe pozycje Tab1 pliku FK nie są wymagane, podobnie jak pozostałe arkusze Tab2, Tab3 i Tab4.**