

Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe)

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji poszczególnych świadczeń. Przekazać należy informacje dotyczące kosztów leczenia każdego pojedynczego pacjenta.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- w przypadku świadczeń zabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP w połączeniu z procedurą ICD-9 zgodnie z charakterystyką danej grupy.

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami pod tabelami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości i pytań.

Prosimy:

- nie dokonywać żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmieniać formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- nie dodawać kolejnych zakładek (arkuszy).

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania jakiegokolwiek elementy (zasoby). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy".

Ważne jest, aby przekazać dane odnośnie wszystkich pacjentów w danym świadczeniu.

Informacje o wszystkich pacjentach, dla których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego z pacjentów.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>

gdzie:

<numer ankiety> – jest numerem nadanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

I. ZAKŁADKA „GRUPY ZABIEGOWE”

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP).

Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę poszczególnych składowych kosztu realizacji danego świadczenia.

Poszczególne kategorie kosztów obliczyć należy zgodnie z instrukcjami znajdującymi się w nagłówkach tabeli.

Ważne: W przypadku, gdy pacjent w trakcie hospitalizacji przebywał na kilku oddziałach, informacje o liczbie dni pobytu, koszcie osobodnia oraz obłożeniu należy wpisać w osobnym wierszu odrębnie dla każdego oddziału.

| Informacje ogólne | | | | | | | |
|-------------------|---|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------------------------|--|
| Lp. | Identyfikator pacjenta | Kod produktu jednostkowego | Kod ICD-9 procedury wiodącej | | | | Kod świadczeniodawcy |
| LEGENDA | Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego może być to seria i numer dowodu osobistego, paszportu, pesel obcokrajowcy. | Kod produktu sprawozdawanego w ramach umowy z NFZ. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ). | Tj. 84.21, 84.22, 84.23, 84.24 | Rozpoznanie główne (kod ICD-10) | Numer OW NFZ | Nazwa świadczeniodawcy (pełna) | Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ. |
| a | b | c | d | e | f | g | h |

| Hospitalizacja, w tym: | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|----------------------------|--|---|--|---|
| Data przyjęcia | Data wypisu | Czas trwania hospitalizacji (w dniach) | Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent | Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent | Osobodzeń na oddziale [zł] | Obłożenie oddziału [%] | Łączny koszt - leki | Łączny koszt - wyroby medyczne | Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych) |
| Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25 | Data w formacie zapisu "RRRR-MM-DD", np. 2016-01-25 | Wyliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym | Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (np. 4500) analogiczny z plikiem FK | | | Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 lub 2017 roku, Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych, kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta , wyliczony zgodnie z następującym wzorem: koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) minus koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta, minus koszty procedur medycznych [zewnętrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne]) podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni na oddziale. | Średnioroczne obłożenie oddziału w 2016 lub 2017 roku, liczone wyłącznie w odniesieniu do miesiący funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego kodu produktu) - obliczone jako ilorz zrealizowanych osobodni i liczby łóżek | Łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c. Koszty te nie powinny być ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako wartość dla całej hospitalizacji (nie na osobodzień!). Koszt procedur powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (nie należy doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły, opieka pielęgniarki). | |
| i | j | k | l | m | n | o | p | q | r |

| Procedura zabiegowa, w tym: | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|---|--|---|--|---|
| Czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej | Czas trwania zabiegu/operacji | Kod resortowy pracowni/ bloku/ sali operacyjnej | | | Średnie wynagrodzenie lekarzy operatorów za zabieg | | Średnie wynagrodzenie anestezjologów za zabieg | | Średnie wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg | |
| <i>Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej od momentu wejścia do momentu wyjścia, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita.</i> | <i>Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita</i> | <i>Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, analogiczny z plikiem FK</i> | Nazwa pracowni/ bloku/ sali operacyjnej | Liczba lekarzy operatorów (w tym asystujących) biorących udział w zabiegu | <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy operatorzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | Liczba anestezjologów biorących udział w zabiegu | <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszyscy anestezjododzy wskazani w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu | <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | Liczba pielęgniarek anestezjologicznych biorących udział w zabiegu |
| s | t | u | v | w | x | y | z | aa | ab | ac |

| Średnie wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg | | Średnie wynagrodzenie pielęgniarek anestezjologicznych za zabieg | | Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg | Koszt - leki (łącznie z lekami anestezjologicznymi) | Koszt - wyroby medyczne (łącznie z wyrobami do znieczulenia) | Koszt - procedury diagnostyczne | | Łączny koszt realizacji świadczenia |
|--|---|--|---|--|---|--|---------------------------------|--|--|
| <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | Liczba pielęgniarek anestezjologicznych biorących udział w zabiegu | <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymują wszystkie pielęgniarki wskazane w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | Pozostały personel medyczny biorący udział w zabiegu | <i>Proszę o podanie średniego wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymuje personel wskazany w kolumnie obok za wykonaną procedurę</i> | <i>Łączny koszt przypadający na jedną procedurę zabiegową [PLN]</i> | | | Rodzaj zastosowanego znieczulenia | <i>Suma wszystkich kategorii kosztów - personelu, leków, wyrobów medycznych, procedur, infrastruktury oraz osobodnia; koszty osobodnia należy przemnożyć przez liczbę dni pobytu [(ixl)+q+r+s+x+z+ab+ad+ae+af+ag+ai]</i> |
| ab | ac | ad | ae | af | ag | ah | ai | aj | ak |

II. ZAKŁADKA „PL”

W zakładce PL, wskazać należy informacje o rodzaju oraz liczbie wszystkich produktów leczniczych zastosowanych w realizacji danego świadczenia u danego pacjenta. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane. W przypadku wykonania kilku kosztochłonnych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. kilku replantacji lub operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych produktów leczniczych przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

| Lp. | Identyfikator pacjenta | Kod produktu rozliczeniowego (np.5.51.01.0008041) | Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna) | Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji | | Pełna nazwa handlowa produktu leczniczego* | Nazwa międzynarodowa* | Jednostka miary | Cena jednostki miary [PLN] | Łączna liczba jednostek miary podanych pacjentowi (w przypadku gdy nie zużyto całości leku [np.ampułki/worki], a pozostałości zostały wyrzucone, należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego). |
|-----|------------------------|---|--|--|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| | | | | Kod procedury ICD-9 | Nazwa procedury ICD-9 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k |
| 1 | | | | | | Fentanyl roztw. do wstrz.(500 µg/10 ml) | Fentanylum | amp | 3,40 | 7 |
| 2 | | | | | | Polocard tabl. powl. dojelit.(75 mg) | Acidum acetylsalicylicum | tabletki | 0,23 | 4 |
| 3 | | | | | | Polocard tabl. powl. dojelit.(75 mg) | Acidum acetylsalicylicum | opakowanie (30 tabletek) | 6,94 | 0,13 |

III. ZAKŁADKA „WM”

W zakładce tej wskazać należy informacje o rodzaju i liczbie wszystkich wyrobów medycznych zastosowanych w realizacji danego świadczenia u pacjenta. W przypadku wykonania kilku kosztochłonnych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. kilku replantacji lub operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych wyrobów medycznych przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach. Każdy z wyrobów medycznych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

Na czerwono zaznaczono przykłady prawidłowego wpisania wyrobów medycznych w tabeli.

| Lp. | Identyfikat or pacjenta | Kod produktu rozliczeniowego (np.5.51.01.0008041) | Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna) | Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji | | Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego* | 1 - jednorazowe go użytku 2 - wielorazowe go użytku^ | Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze) | Opis umożliwiający identyfikację** | Cena jednostkowa* ** | Liczba jednostek wykorzystanych na rzecz pacjenta | Uwagi |
|-----|-------------------------|---|--|--|-----------------------|--|---|---|---|-------------------------|---|-------|
| | | | | Kod procedury ICD-9 | Nazwa procedury ICD-9 | | | | | | | |
| | | | | Należy wpisać procedury zabiegowe kosztochłonne wykonane podczas hospitalizacji. Poszczególne procedury należy wpisać w kolejnych wierszach. | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m |
| 1 | | | | | | <i>np. Układ oddechowy do respiratora transportowego</i> | 1 | <i>komplet</i> | <i>Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar</i> | | | |
| 2 | | | | | | <i>np. Zestaw do drenażu opłucnej</i> | 1 | <i>zestaw</i> | <i>Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar</i> | | | |
| 3 | | | | | | <i>np. proteza trzonu kręgu</i> | 1 | <i>szt.</i> | <i>Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar</i> | | | |

IV. ZAKŁADKA „PR”

W zakładce tej wskazać należy informacje o procedurach diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych), rehabilitacyjnych oraz konsultacjach specjalistycznych (np. lekarskich, dietetycznych) wykonanych w realizacji danego świadczenia u pacjenta. W przypadku wykonania kilku kosztownych procedur zabiegowych (kolumna e i f), np. kilku replantacji lub operacji towarzyszących w trakcie jednej hospitalizacji, informacje dotyczące poszczególnych procedur przypadających na daną procedurę należy umieścić w kolejnych wierszach. Każdą z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

| Lp. | Identyfikator pacjenta | Kod produktu rozliczeniowego (np.5.51.01.0008041) | Nazwa produktu rozliczeniowego (np. Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna) | Kod ICD-9 i nazwy procedur kierunkowych oraz towarzyszących w trakcie hospitalizacji | | Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji | | | | |
|-----|------------------------|---|--|--|-----------------------|---|---------------------------------|------------------|--|-------|
| | | | | Kod -procedury ICD-9 | Nazwa procedury ICD-9 | Kod wykonanej procedury ICD-9 | Nazwa wykonanej procedury ICD-9 | Cena jednostkowa | Liczba procedur wykonanych na rzecz pacjenta | Uwagi |
| | | | | Należy wpisać procedury zabiegowe kosztowne wykonane podczas hospitalizacji. Poszczególne procedury należy wpisać w kolejnych wierszach. | | | | | | |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k |
| 1 | | | | | | 88.777 | USG naczyń kończyn dolnych | 140 | 2 | |
| 2 | | | | | | C53 | Morfologia krwi | 2 | 10 | |
| 3 | | | | | | 93.2204 | Pionizacja i nauka chodzenia | 10 | 10 | |

Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (formularz dotyczący informacji finansowo-księgowych)

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 niefinansowych informacji statystycznych, finansowo-księgowych, o zatrudnieniu oraz o przychodach i środkach trwałych za okres 01.01.2016–31.12.2016 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 rok. Dane powinny zawierać dane finansowo-księgowe dla medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia (tj. replantację kończyny górnej) z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz dane z bloków operacyjnych (kod resortowy 4910).

W przypadku wszystkich ośrodków powstawania kosztów raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Przez medyczne ośrodki powstawania kosztów rozumiane są ośrodki/komórki organizacyjne posiadające kody resortowe, charakteryzujące specjalność, wynikające z pkt 4 załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie 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 zawierająca 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.

Na stronie internetowej pod adresem <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> w zakładce POMOC/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 (po otrzymaniu hasła).

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 resortowy ¹⁵ charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych [jeśli komórka ma więcej kodów, należy je podać po przecinku] | | 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 |
| b1 | w tym: przypisywanych na pacjenta | 709 093,13 |
| b2 | w tym: nieprzypisywanych do pacjenta (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku) | 5 289,30 |
| C | Koszty amortyzacji ² (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 | Koszty procedur ³ | 1 656 554,21 |
| E | Koszty zarządu ⁴ , w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego | 210 794,59 |
| F | Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę ⁵ (suma pozycji f1 do f15) | 2 406 662,38 |
| f1 | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶ | 354 206,03 |
| f2 | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷ | 64 937,77 |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| f3 | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸ | 53 130,90 |
| f4 | w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹ | 118 068,68 |
| 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, 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 |
| CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA - pełna FK - plik FK dla OPK z systemu księgowego świadczeniodawcy , gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont. Prosimy o przedstawienie analityki w stopniu jak najbardziej szczegółowym. | | |
| Nr konta analitycznego | Nazwa konta analitycznego | koszt roczny [PLN] |
| np. 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 ZFŚS, 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 dyżur;

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 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. (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 OPKi (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, masażyistów, 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, masażyistów, mgr rehabilitacji ¹¹ | | | | | |
| g11 | w tym: fizyków medycznych ¹¹ | | | | | |
| g12 | w tym: techników ¹¹ (radiologii, elektroradiologii itd.) | | | | | |
| g13 | w tym: terapeutów zajęciowych ¹¹ | | | | | |
| g14 | w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹¹ (ratowników medycznych itd.) | | | | | |
| g15 | w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.) | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| H | Suma za rok liczby etatów rezydenckich (suma pozycji h1 do h2) | 32,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| <i>h1</i> | <i>etaty refundowane</i> | 24 | | | | |
| <i>h2</i> | <i>praca finansowana ze środków własnych</i> | 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 licznością (dane roczne) | | | |
|--|------------------------------------|---|------------------------------|
| Numer konta OPK ¹ | kod zakresu świadczeń ² | kod produktu rozliczeniowego ³ | ilość produktów ⁴ |
| <i>np. 510-18-01</i> | <i>np. 03.4401.030.02</i> | <i>np. 5.51.01.0003057</i> | |
| <i>np. 510-18-02</i> | | | |
| <i>itd.</i> | <i>itd.</i> | <i>itd.</i> | <i>itd.</i> |

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.XXXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 5.51.01.0003057;
- 4- **ilość produktów rozliczeniowych** = ilość JGP lub innych produktów rozliczeniowych (np. osobodni).

Format tabeli Tab3

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

| Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych* i wartości niematerialnych i prawnych (WNiP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych. | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|-----------------------|--|---|--|--|--|---|---------------------------------------|
| Numer konta OPK ¹ | Nazwa środka trwałego i WNiP | Kategoria 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:

- Numer konta OPK** powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 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);
- 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";
- Rok nabycia środka trwałego i WNiP** - rok, w którym środki trwałe/WNiP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna, użyczenie);
- 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;
- 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);
- 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.;
- 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.)
- 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).