



STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW NAJISTOTNIEJSZE ASPEKTY ROZPORZĄDZENIA



Informacje organizacyjne

Na każdym etapie wdrażania standardu rachunku kosztów świadczeniodawcy mają możliwość zwrócenia się do Agencji, zgłaszając pytania za pomocą dedykowanego adresu e-mail: standard@aotm.gov.pl

lub telefonicznie pod numerami: **22 101 47 75** i **22 101 47 76**,

lub **459 588 942** i **459 588 943**

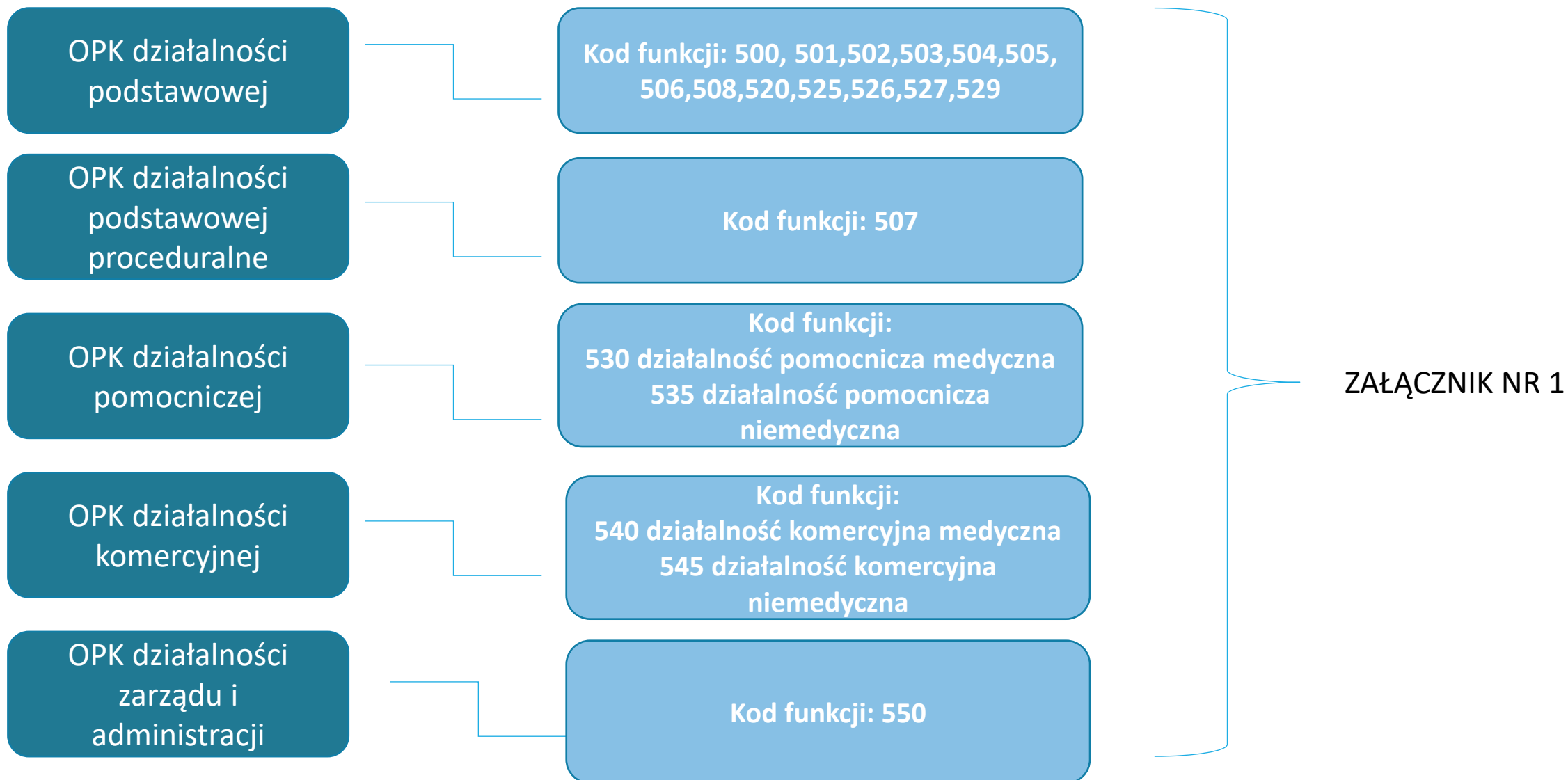
W trakcie szkolenie możecie Państwo zadawać pytania poprzez „CZAT” – odpowiedzi zostaną udzielone i omówione po zakończeniu bloków tematycznych lub po zakończeniu szkolenia.

Rozporządzenie wprowadza jako obligatoryjny podmiotowo-funkcjonalny sposób ewidencji kosztów prowadzonej przez podmiot leczniczy działalności.

Co to oznacza w praktyce?

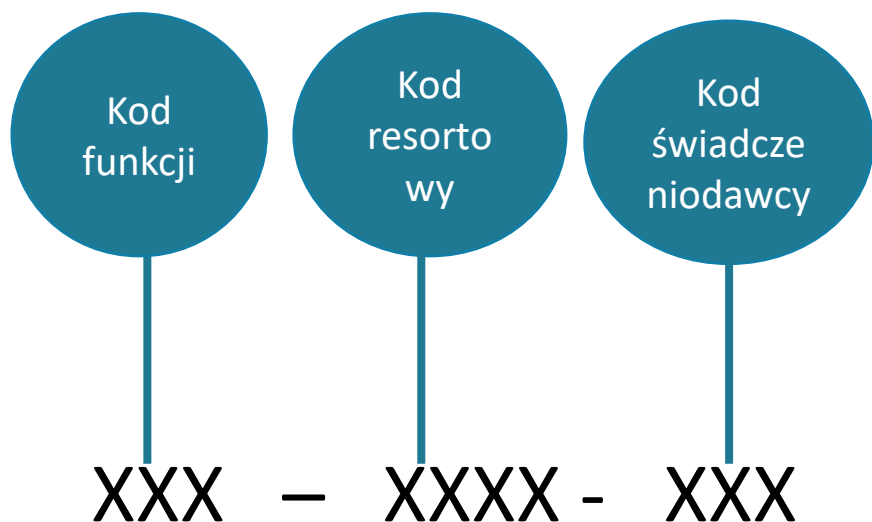
Każdy koszt rodzajowy ewidencjonowany jest na właściwym koncie zespołu „4” i poprzez ewidencję na koncie „490” łączony z miejscem jego powstania tj. kontem lub kontami zespołu „5”.

Ośrodki Powstawania Kosztów – konta zespołu „5”



Ośrodki Powstawania Kosztów – konta zespołu „5”

- Przy wyodrębnianiu OPK działalności medycznej podstawowej i pomocniczej, należy kierować się załącznikiem nr 3 do rozporządzenia oraz załącznikiem nr 8, który określa zasady przypisywania kodów charakteryzujących funkcje i kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej (kodów resortowych) do rodzajów działalności.
- Natomiast w przypadku OPK działalności pomocniczej niemedycznej, pomocny jest załącznik nr 7, który dodatkowo określa klucze rozliczeniowe dla tego typu działalności.



- Liczba cyfr ostatnim członie symboliki konta zespołu 5 jest dowolna – może być m.in. wykorzystywana do oznaczenia tych samych OPK funkcjonujących w różnych lokalizacjach
- W przypadku OPK dla których brak jest przypisanego kodu resortowego świadczeniodawca dla zachowania jednolitej struktury kont zespołu „5” może stworzyć własny czterocyfrowy kod – z poza listy kodów działalności leczniczej określonych w rozporządzeniu o kodach resortowych.

STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW



Lp.	Kod funkcji/konto syntetyczne	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej	Objaśnienia
1	500		Podstawowa opieka zdrowotna
2		0010-0040	Zgodnie z układem kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, zwanych dalej „kodami resortowymi”
3	501		Poradnie specjalistyczne
4		9700	Poradnia promocji zdrowia
5		1000-1870	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji
6	502		Opieka pozaszpitalna
7		2130-2800	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji
8	503		Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne
9		4900	Izba przyjęć szpitala - w ramach ryczału dobowego
10		4902	Szpitalny oddział ratunkowy - w ramach ryczału dobowego
11		9250	Zespół transportu medycznego - świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu
12		3010-3210	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji

STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW



Lp.	Kod funkcji/konto syntetyczne	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej	Objaśnienia
13	504		Szpitalne oddziały stacjonarne
14		4000-4840	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji
15	505		Oddziały opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze
16		5160-5360	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji
17	506		Oddziały uzdrowiskowe
18		6100-6700	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji

STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW



Lp.	Kod funkcji/konto syntetyczne	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej	Objaśnienia
19	507		Pracownie lub zakłady diagnostyczne i zabiegowe oraz sale operacyjne i inne proceduralne OPK
20		7100-7998	Zgodnie z układem kodów resortowych, z wyjątkiem kodów uwzględnionych w innych kodach funkcji
21		1310	Dział (pracownia) fizjoterapii
22		1312	Dział (pracownia) fizykoterapii
23		1314	Dział (pracownia) kinezyterapii
24		1316	Dział (pracownia) hydroterapii
25		1318	Dział (pracownia) krioterapii
26		1320	Dział (pracownia) masażu leczniczego
27		1330	Dział (pracownia) balneoterapii
28		1642	Ambulatoryjna stacja dializ
29		4106	Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego (OINK)
30		4132	Stacja dializ
31		4910	Blok operacyjny
32		4912	Sala porodowa, sala cięć cesarskich
33		4950	Oddział anestezjologii (dział anestezjologii)
34		8100	Pracownia protetyki dentystycznej
35		8502	Punkt pobrań krwi
36		8512	Punkt pobrań tkanek i szpiku kostnego
37		9010	Pracownia akupresury i akupunktury
38		9450	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
39		9600	Punkt szczepień
		1160	Poradnia medycyny pracy

PRZYKŁADOWE OPK W RAMACH KODU FUNKCJI 501

- kod resortowy 1020 Poradnia diabetologiczna
- kod resortowy 1030 Poradnia endokrynologiczna
- kod resortowy 1100 Poradnia kardiologiczna
- kod resortowy 1200 Poradnia dermatologiczna
- kod resortowy 1220 Poradnia neurologiczna
- kod resortowy 1280 Poradnia reumatologiczna
- kod resortowy 1300 Poradnia rehabilitacyjna
- kod resortowy 1452 Poradnia ginekologiczna
- kod resortowy 1500 Poradnia chirurgii ogólnej
- kod resortowy 1580 Poradnia urazowo-ortopedycznej
- **kod resortowy 1800 Poradnia stomatologiczna**

**Żaden
z wymienionych
OPK **nie jest OPK
proceduralnym!**
W związku
z tym, w ramach
ich funkcjonowania
nie sporządza się
wykazu procedur
i nie dokonuje ich
wyceny.**

PRZYKŁADOWE OPK W RAMACH KODU FUNKCJI 502

- kod resortowy 2130 Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej
- kod resortowy 2142 Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
- kod resortowy 2146 Zespół Rehabilitacji Domowej
- kod resortowy 2180 Hospicjum Domowe
- kod resortowy 2300 Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej
- kod resortowy 2700 Oddział Dzienny Psychiatryczny

PRZYKŁADOWE OPK W RAMACH KODU FUNKCJI 503

- kod resortowy 4900 Izba Przyjęć Ryczałt Dobowy
- kod resortowy 4902 SOR Ryczałt Dobowy
- kod resortowy 9250 Zespół Transportu Medycznego
- kod resortowy 3010 Ambulatorium Ogólne

**Żaden
z wymienionych
OPK **nie jest OPK
proceduralnym!**
W związku
z tym, w ramach
ich funkcjonowania
nie sporządza się
wykazu procedur
i nie dokonuje ich
wyceny.**

PRZYKŁADOWE OPK W RAMACH KODU FUNKCJI 504

- kod resortowy 4000 Oddział Chorób Wewnętrznych
- kod resortowy 4100 Oddział Kardiologiczny
- kod resortowy 4130 Oddział Nefrologiczny
- kod resortowy 4220 Oddział Neurologiczny
- kod resortowy 4450 Oddział Ginekologiczno-Położniczy
- Kod resortowy 4570 Oddział Neurochirurgiczny
- kod resortowy 4600 Oddział Okulistyczny
- kod resortowy 4640 Oddział Urologiczny
- kod resortowy 4670 Oddział Leczenia Jednego Dnia
- kod resortowy 4700 Oddział Psychiatryczny

**Żaden
z wymienionych
OPK **nie jest OPK
proceduralnym!**
W związku
z tym, w ramach
ich funkcjonowania
nie sporządza się
wykazu procedur
i nie dokonuje ich
wyceny.**

- Ośrodki Powstawania Kosztów o kodzie funkcji **500, 501, 502, 504, 505** i **506** ewidencjonują wszystkie koszty związane z ich funkcjonowaniem, ale nie przekazują tych kosztów na żaden inny OPK.
- W przypadku, gdy OPK działalności podstawowej np. poradnia, oddział świadczą usługi zarówno finansowane ze środków publicznych, jak i komercji należy je odrębnie ewidencjonować na 2 OPK – dzieląc proporcjonalnie np. liczbą świadczeń, osobodni.
- W przypadku OPK – poradni specjalistycznych lub oddziałów szpitalnych, które **świadczą usługi tylko i wyłącznie w ramach komercji** można im przypisać od razu kod funkcji 540 i tam ewidencjonować wszystkie koszty i funkcjonowania.
- **Wszystkie OPK proceduralne (bez względu na to czy realizują świadczenia finansowane ze środków publicznych czy w ramach komercji) muszą mieć kod funkcji 507.**
- Rozporządzenie nie narzuca świadczeniodawcom klucza do alokacji kosztów zarządu – pozostawia to do decyzji świadczeniodawcom.

PRZYKŁADOWE OPK PROCEDURALNE O KODZIE FUNKCJI 507

- kod resortowy 4910 Blok Operacyjny
- kod resortowy 4912 Sala Porodowa
- kod resortowy 4912 Sala Cięć Cesarskich
- kod resortowy 7100 Medyczne laboratorium diagnostyczne
- kod resortowy 7210 Pracownia USG
- kod resortowy 7220 Pracownia TK
- kod resortowy 7240 Pracownia RTG
- kod resortowy 7242 Pracownia MM
- kod resortowy 7250 Pracownia RM
- kod resortowy 7910 Pracownia Endoskopii
- kod resortowy 7960 Pracownia lub Zakład Teleradioterapii
- kod resortowy 7962 Pracownia lub Zakład Brachyterapii

Każda z Pracowni funkcjonujących w ramach Zakładu Diagnostyki Obrazowej musi stanowić odrębny OPK o kodzie funkcji 507.

W przypadku mniejszych podmiotów można połączyć Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z Punktem szczepień.

Wyodrębnianie OPK proceduralnych przy poradniach specjalistycznych

- W przypadku, gdy w ramach poradni specjalistycznych wykonywane są małoinwazyjne zabiegi ambulatoryjne, np.: usunięcie zmian skórnych, krioterapia zmian miejscowych, założenie gipsu, usuwanie torbieli, polipów, wówczas należy wyodrębnić OPK o kodzie funkcji 507, np.: gabinet zabiegowy chirurgiczny, gabinet zabiegowy dermatologiczny, gabinet zabiegowy chirurgii i ortopedii urazowej, itp.
- Jeżeli lekarz w trakcie porady samodzielnie wykonuje procedurę USG pacjentom **tylko i wyłącznie** zarejestrowanym do tej poradni, wówczas nie wyodrębniamy OPK proceduralnego – traktujemy, że to badanie USG jest częścią porady.



Obszar problematyczny Blok Operacyjny – Anestezjologia Znieczulenia

„Zabieg operacyjny i znieczulenie”, pod względem kosztowym są zupełnie odrębnymi procedurami realizowanymi przez inny personel i wymagają zużycia różnych zasobów.

Z tego powodu należy zawsze wyodrębnić oddzielne OPK:

➤ Blok Operacyjny z podziałem na grupy sal operacyjnych według kryterium specjalności wyposażenia, istotności kosztowej, np.

507-4910-01 Blok Operacyjny – Chirurgiczny

507-4910-02 Blok Operacyjny – Urologiczny

507-4910-03 Blok Operacyjny – Ginekologiczny

507-4910-04 Blok Operacyjny – Kardiochirurgiczny

➤ Dział Anestezjologii (Znieczulenia) np.:

507-4950-05 Anestezjologia - znieczulenia

Obszar problematyczny Szpitalny Oddział Ratunkowy / Izba Przyjęć (Ryczałt dobowy)

W ramach funkcjonowania SOR/IP należy wyodrębnić następujące OPK:


- Obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR (kod funkcji 530)
- Obszar konsultacyjny SOR (kod funkcji 507)
- Obszar proceduralny SOR (kod funkcji 507)

- Obszar „finalny” SOR – ryczałt dobowy (kod funkcji 503) na ten OPK

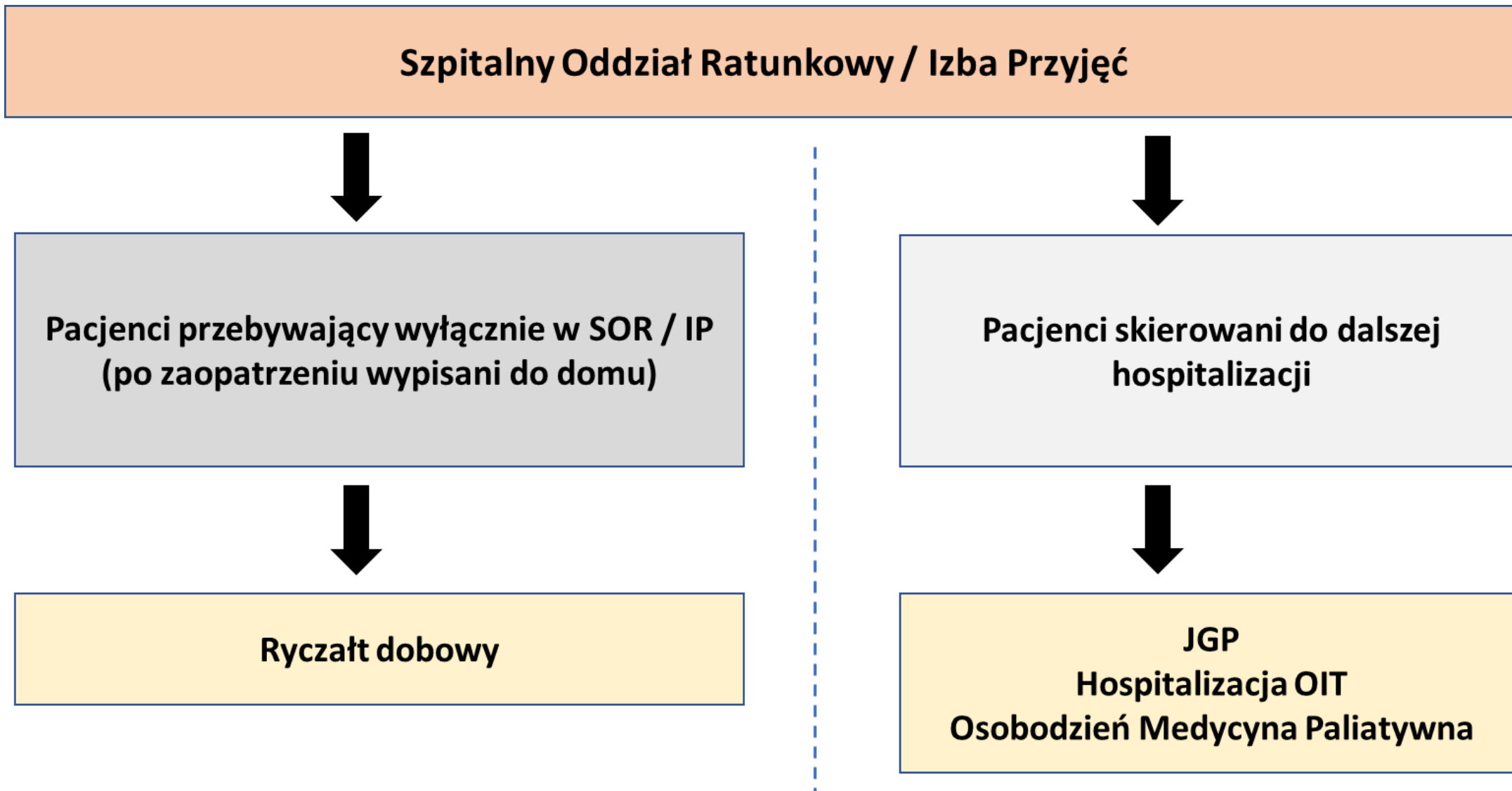
alokowane są koszty z

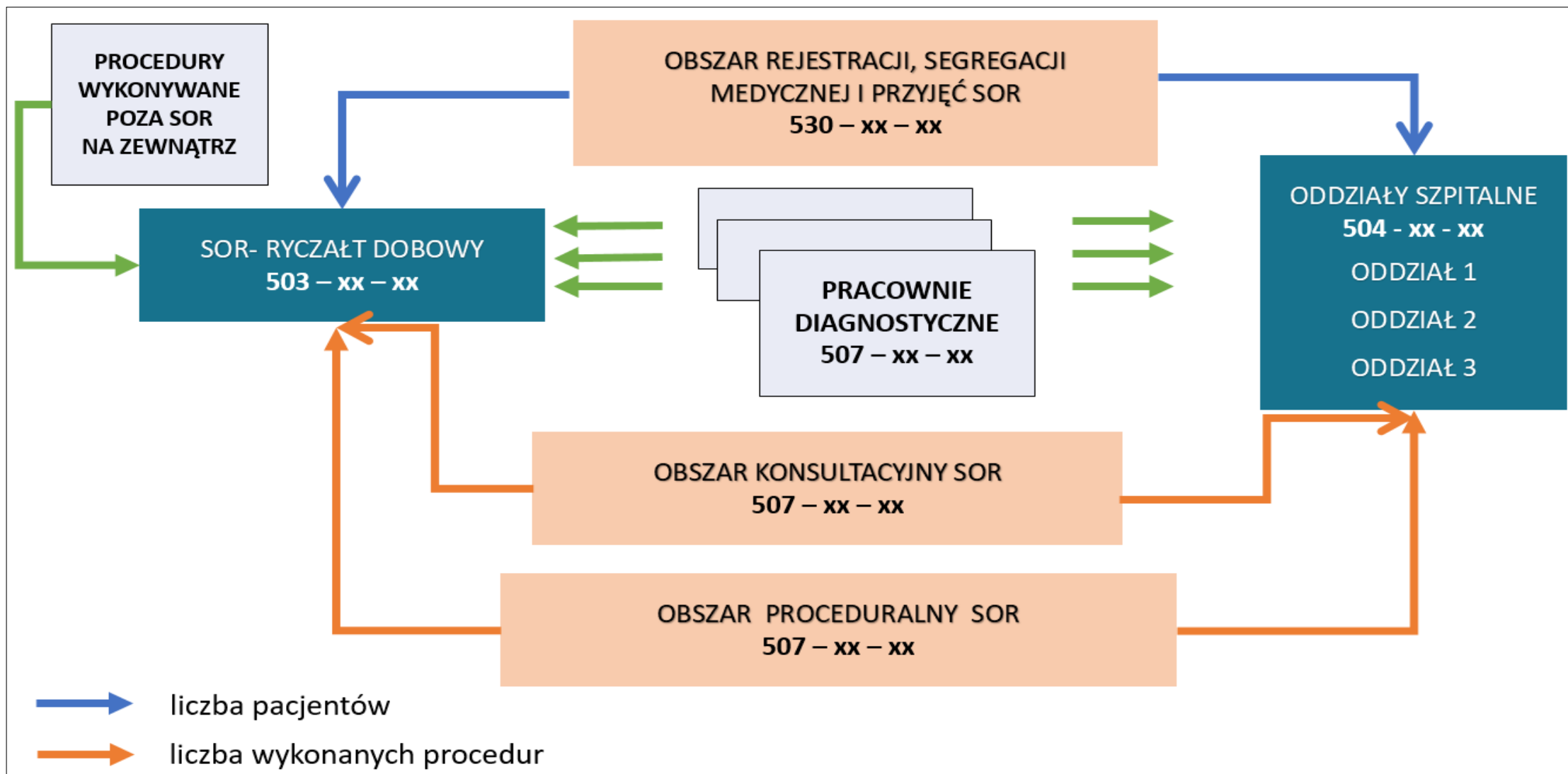
obszaru rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć  nośnik: **liczba zarejestrowanych pacjentów**

obszaru konsultacyjnego  nośnik: **liczba udzielonych konsultacji**

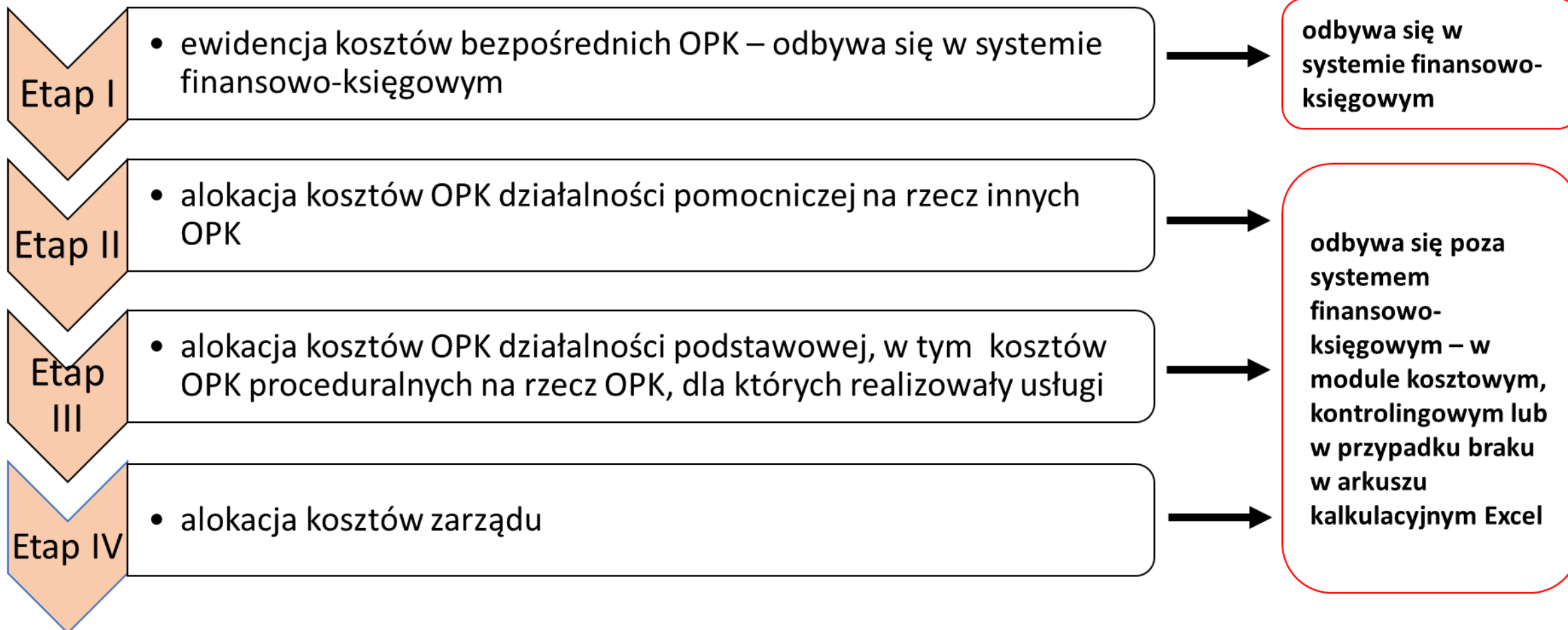
obszaru proceduralnego  nośnik: **liczba wykonanych procedur x jednostkowy koszt wytworzenia**

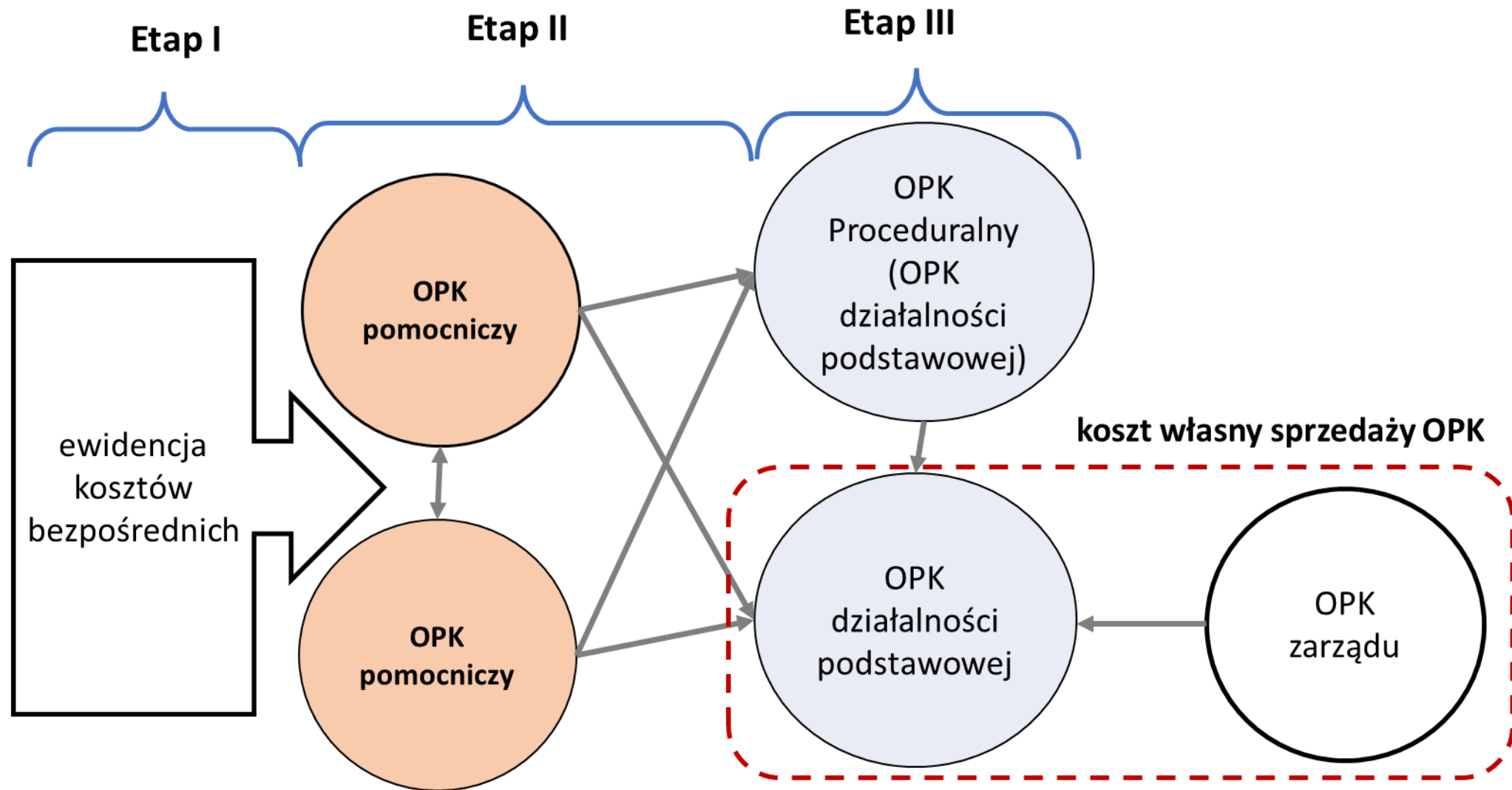
W tych trzech OPK dokonuje się ewidencji kosztów bezpośrednich oraz na te OPK alokowane zostają koszty działalności pomocniczej medycznej i niemedycznej





Etapy kalkulacji kosztu wytworzenia i kosztu własnego sprzedaży OPK





I ETAP - EWIDENCJA KOSZTÓW BEZPOŚREDNICH – ROZDZIELNIKI KOSZTÓW WSPÓLNYCH

- Ewidencja kosztów prowadzona jest według ośrodków powstawania kosztów w układzie podmiotowo – przedmiotowym zgodnie z załącznikiem nr 5 (tj. na kontach zespołu „4” i zespołu „5”)
- Koszty bezpośrednie, których nie można przypisać do OPK w sposób jednoznaczny, tj. na podstawie dowodów źródłowych, są przypisywane wg **standardowych rozdzielników kosztów wspólnych**, określonych w **Załączniku nr 6**.
- Dopuszcza się stosowanie u świadczeniodawcy rozdzielnika kosztów innego niż określony w załączniku, jeżeli zasadność jego zastosowania jest uzasadniona możliwością dokładniejszej alokacji kosztów.
- W przypadku grup kosztów wspólnych niewyszczególnionych w załączniku, świadczeniodawca stosuje własne rozdzielniki kosztów.

1. W zakresie kont zespołu „4”, świadczeniodawcy implementują do własnych systemów finansowo-księgowych jedynie te konta, które występują w danym podmiocie – **nie ma potrzeby wprowadzania 1135 pozycji z załącznika nr 5 do rozporządzenia.**
2. Świadczeniodawcy implementują niezbędne do prowadzenia działalności konta, **bez możliwości zmiany symboli i nazwy konta.** Jedynie na III poziomie analityki dla kont syntetycznych 403 i 406, oraz na poziomie IV dla pozostałych kont świadczeniodawcy mają możliwość utworzenia własnych symboli i nazw.
3. W przypadku, gdy świadczeniodawca pomija część kont zespołu „4”, ponieważ konta nie dotyczą działalności podmiotu, te które wprowadza muszą mieć symbolikę zgodną z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia (mimo, że w systemie FK świadczeniodawcy będą „luki” między numeracją poszczególnych kont).

II ETAP - ALOKACJA KOSZTÓW POŚREDNICH – OPK POMOCNICZE

- Alokacja kosztów pośrednich tj. kosztów OPK działalności pomocniczej na rzecz innych OPK, dla których świadczą usługi, dokonywana jest w taki sposób, aby wszystkie koszty działalności pomocniczej zostały alokowane na te OPK.
- Dla każdego OPK działalności pomocniczej ustala się **klucz podziałowy**, zgodnie ze standardowymi kluczami podziałowymi służącymi rozliczaniu działalności pomocniczej, które określone zostały w **Załączniku nr 7**. Dopuszcza się stosowanie przez świadczeniodawcę klucza podziałowego innego niż określony w załączniku, jeżeli zasadność jego zastosowania jest uzasadniona możliwością dokładniejszej alokacji kosztów.
- W przypadku rodzajów działalności pomocniczej niewyszczególnionej w załączniku, świadczeniodawca stosuje własne klucze podziałowe. Przyjęty klucz podziałowy powinien odzwierciedlać związek przyczynowo - skutkowy powstawania kosztów w OPK działalności pomocniczej i umożliwić najdokładniejszą alokację kosztów.
- Świadczeniodawca przekazuje Agencji wykaz stosowanych kluczy podziałowych w ramach udostępnienia danych, o których mowa w art. 31 lc ust. 4 ustawy.

III ETAP - ALOKACJA KOSZTÓW POŚREDNICH – OPK PROCEDURALNE

- Alokacja pozostałych kosztów pośrednich tj. kosztów OPK działalności podstawowej w tym OPK proceduralnych, świadczących usługi na rzecz innych OPK, dokonywana jest w taki sposób, aby **wszystkie koszty OPK zostały alokowane** na rzecz OPK, dla których świadczone były usługi, przy zastosowaniu przyjętych kluczy podziałowych, określonych w **załączniku nr 8** do Rozporządzenia.
- Kluczem podziałowym są:
 - dla OPK proceduralnych - Iloczyn liczby procedur medycznych oraz jednostkowego kosztu wytworzenia procedury medycznej
 - dla poradni medycyny pracy – liczba udzielonych porad

Etapy wyceny procedury medycznej

ETAP I

Opracowanie wykazu procedur medycznych

ETAP II

Ustalenie jednostkowego kosztu normatywnego procedur

ETAP III

Rozliczenie kosztów pośrednich jedną z wybranych metod

ETAP VI

Ustalenie jednostkowego kosztu wytworzenia procedur

ETAP V

Aktualizacja kosztów normatywnych procedur medycznych (przynajmniej 1 raz w roku)

STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW



Sposoby wyceny procedur medycznych - Załącznik nr 9

Koszt wytworzenia procedury medycznej wycenia się zgodnie z rzeczywistymi kosztami zużytych zasobów. W przypadku braku możliwości wyceny zgodnie z rzeczywistymi kosztami zużytych zasobów, stosuje się wycenę w oparciu o koszty typowo zużywanych zasobów.

Metody wyceny procedur medycznych

według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów

na podstawie kosztów typowo zużywanych zasobów

proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych

na podstawie jednostki kalkulacyjnej



Metody oparte na kosztach typowo zużywanych zasobów – w przypadku świadczeniodawców, którzy nie prowadzą ewidencji zasobów na pacjenta

Jednostkowe koszty normatywne procedury medycznej są ustalane na podstawie jej typowego wykonania, w oparciu o:

- **typowo stosowane materiały**, przeciętne ilościowe ich zużycie i bieżące ceny materiałów,
- **koszty osobowe ustalone na podstawie przeciętnego nakładu czasu** pracy osób wykonujących procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń obliczonych zgodnie z zasadami wskazanymi w **pkt 3 załącznika nr 9 do Rozporządzenia**.

W przypadku wyceny procedur według typowego zużycia zasobów, tworzy się tabele do ewidencji i wyceny zasobów zużywanych podczas typowego wykonania procedury medycznej, których wzór przedstawia:

tabela 1 – koszty materiałowe

tabela 2 – koszty osobowe



Metodyka wyliczenia stawki godzinowej personelu wykonującego procedurę

Koszty wynagrodzeń przypadające na jedną godzinę pracy oblicza się na podstawie całościowego zatrudnienia pracownika w podmiocie w przyjętym okresie, np. jednego roku.

Liczba etatów przeliczeniowych uwzględnia tylko godziny pracy wynikające z wymiaru etatu, jak również pracę w ramach innych form zatrudnienia przeliczoną na rzeczywisty czas jej trwania przy założeniu, że 1 etat obejmuje przeciętnie 160 godzin pracy miesięcznie.

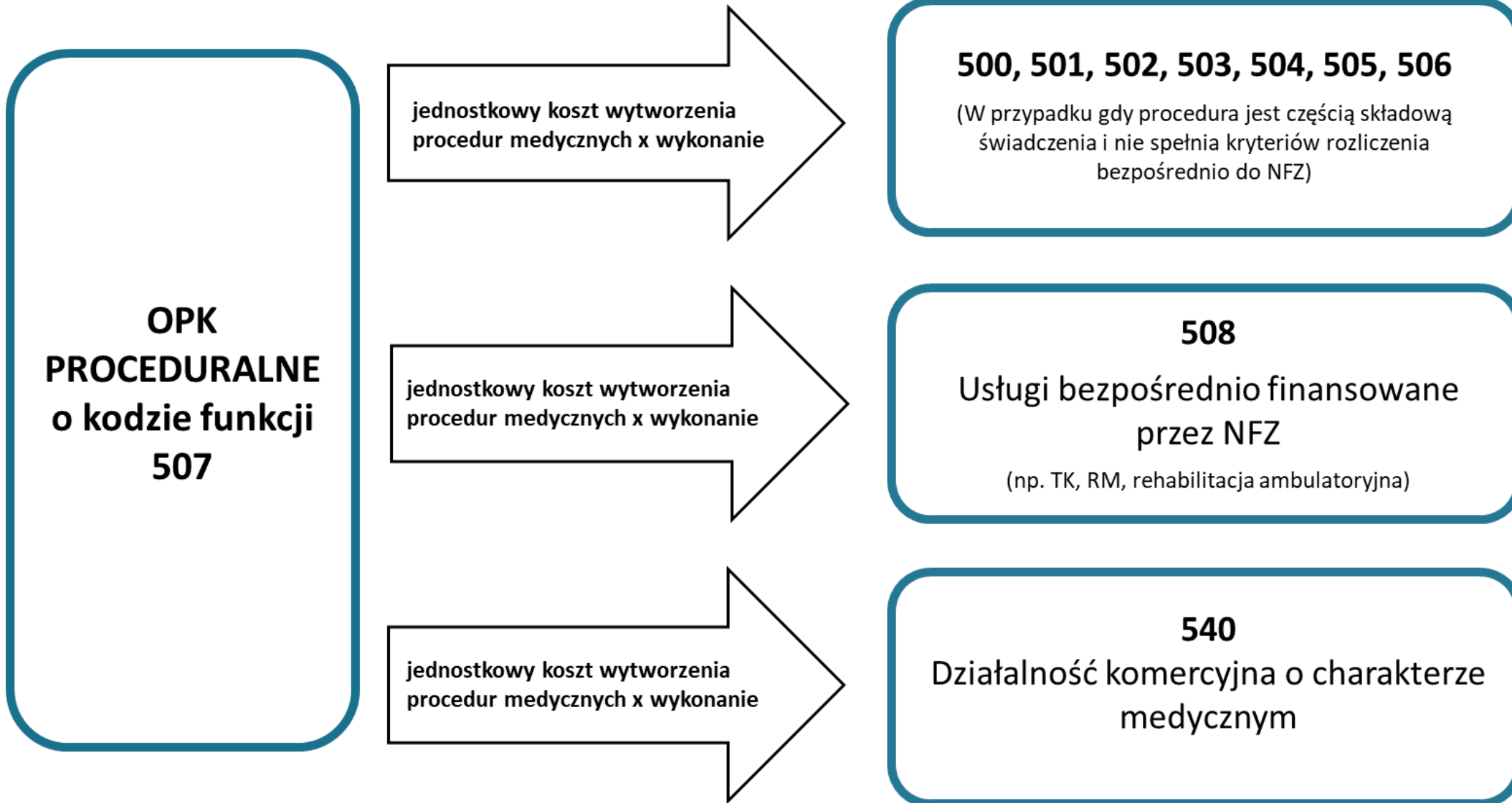
Koszty analizuje się dla poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego, biorącego udział w wykonywaniu procedur medycznych: lekarza, pielęgniarki, technika oraz pozostałego personelu medycznego, odrębnie dla każdego OPK proceduralnego.

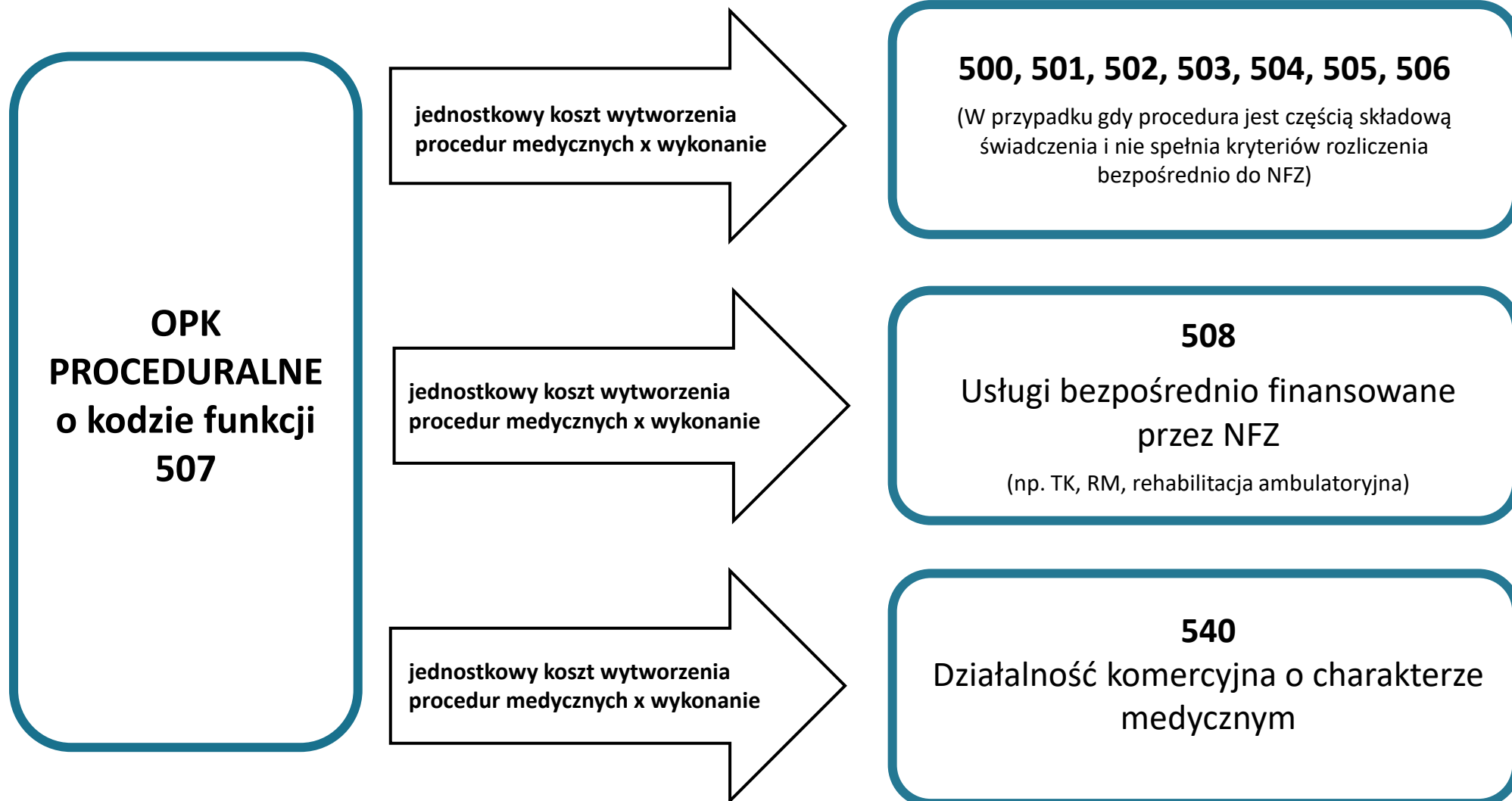
Etap III – Rozliczenie kosztów pośrednich

Koszty pośrednie, zgodnie z załącznikiem nr 9 do rozporządzenia, można doliczyć do kosztów jednostkowych kosztów normatywnych procedury, zgodnie z jedną z metod:

- **metoda oparta na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów** - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych
- **metoda oparta na kosztach typowo zużywanych zasobów** - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych.
- **metoda oparta na kosztach typowo zużywanych zasobów** – w oparciu o jednostkę kalkulacyjną.

Decyzja o wyborze metody rozliczenia kosztów pośrednich należy do świadczeniodawcy, jednak z merytorycznego punktu widzenia w przypadku wyceny procedur z zakresu diagnostyki obrazowej zaleca się w przypadku, gdy świadczeniodawca nie ma możliwości dokonać wyceny po rzeczywistych kosztach zużytych zasobów metodę opartą na kosztach typowo zużywanych zasobów w oparciu o jednostkę kalkulacyjną.





Weryfikacja i cykliczna aktualizacja procedur medycznych

Częstość aktualizacji kosztów normatywnych procedur medycznych należy do decyzji świadczeniodawcy.

Wiąże się ona w ramach kosztów osobowych z dynamiką zmian wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych lub dużymi zmianami cen materiałów np. wyższe ceny odczynników w ramach postępowań przetargowych powinny być powodem aktualizacji wycen procedur laboratoryjnych.

Zgodnie z zapisami rozporządzenia zastosowanie metody opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów wymaga co najmniej corocznej aktualizacji wyceny procedur medycznych lub każdorazowo, gdy zmieniła się technologia wykonywania procedury medycznej.

Koszty zarządu – dotyczy świadczeniodawców, którzy rozliczają koszty zarządu w ramach konta 550

Możliwym rozwiązaniem jest:

- utworzenie jednego OPK o kodzie funkcji 550-XXXX-XX (rozwiązanie to jest polecane przede wszystkim niewielkim podmiotom np. realizującym świadczenia z zakresu POZ + specjalistyka ambulatoryjna)

lub

- utworzenie w ramach konta o kodzie funkcji 550 kilku OPK-ów dla celów zarządczych (rozwiązanie to jest polecane większym podmiotom, gdzie z racji rozmiaru prowadzonej działalności koszty zarządu mają zdecydowanie bardziej rozbudowaną strukturę np. szpitale, instytuty, itp.).

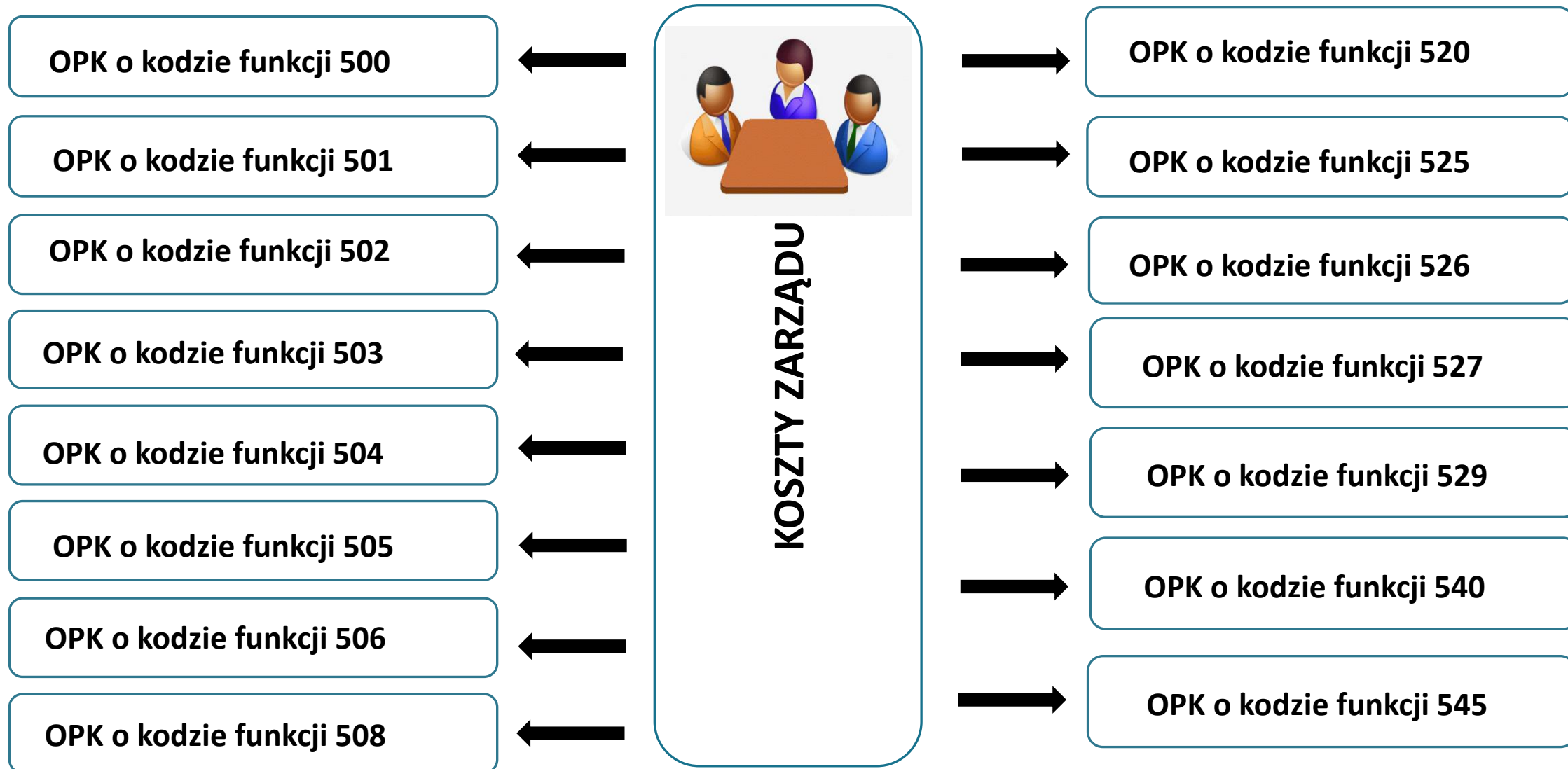
np. 550-XXXX-01 – Dyrekcja

np. 550-XXXX-02 – Księgowość, kadry, płace

np. 550-XXXX-03 – Obsługa Prawna

np. 550-XXXX-04 - Pełnomocnicy, rzecznicy, samodzielne stanowiska

Alokacja kosztów zarządu



Propozycje kluczy rozliczeniowych dla OPK o kodzie funkcji 550 „Zarząd”

Metodą kalkulacji stosowaną do rozliczenia kosztów zarządu jest metoda kluczy podziałowych.

Zgodnie z zapisami rozporządzenia ustawodawca nie narzuca świadczeniodawcom konkretnego klucza podziałowego dedykowanego dla rozliczenia kosztów zarządu.

Jednak analizując strukturę kosztów w ramach OPK-ów, na które docelowo alokowane zostaną koszty zarządu zasadne ma zastosowanie do wyboru, tak naprawdę dwóch kluczy podziałowych:

- **wartość kosztu wytworzenia OPK** (z wyłączeniem kosztów leków stosowanych w chemioterapii i w programach lekowych oraz materiałów/wyrobów medycznych o istotnej wartości*),
- lub
- **wartość przychodu poszczególnych OPK** (z wyłączeniem przychodów z tytułu leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych oraz materiałów/wyrobów medycznych o istotnej wartości*).

** Świadczeniodawca samodzielnie określa w Polityce Rachunkowości jakie materiały/wyroby medyczne zaliczyć do materiałów o istotnej wartości, które mają znaczny wpływ na koszt wytworzenia OPK.*



STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW PODSUMOWANIE PILOTAŻU



PILOTAŻ WDROŻENIA SRK

Cel główny

Celem była **ocena stopnia zaawansowania procesu** wdrażania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców oraz **prawidłowości wdrożenia zapisów** rozporządzenia MZ z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz.U. z 2020 r., poz. 2045).

Cele szczegółowe

- ✓ Ocena poprawności identyfikacji obszarów działalności, wyodrębnienia OPK, przypisania kodów funkcji, budowy planu kont, zdefiniowania stosowanych rozdzielników kosztów wspólnych i kluczy podziałowych, stworzenia wykazów procedur realizowanych w OPK proceduralnych.
- ✓ **Identyfikacja obszarów problematycznych dla świadczeniodawców pod kątem przygotowania nowych form wsparcia.**
- ✓ Dodatkowo – zebranie informacji o godzinowych stawkach wynagrodzeń w poszczególnych kategoriach personelu oraz, w przypadku lekarzy, w podziale na specjalności medyczne.



PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – ZAKRES MERYTORYCZNY OBJĘTY BADANIEM

Wyodrębnienie OPK

Implementacja kont zespołu „4” zgodnie z załącznikiem nr 5

Stosowane rozdzielniki kosztów wspólnych

Wprowadzone klucze podziałowe

Wyliczenie kosztu wytworzenia OPK

Wyliczenie kosztu własnego sprzedaży OPK

Alokacja kosztów OPK proceduralnych



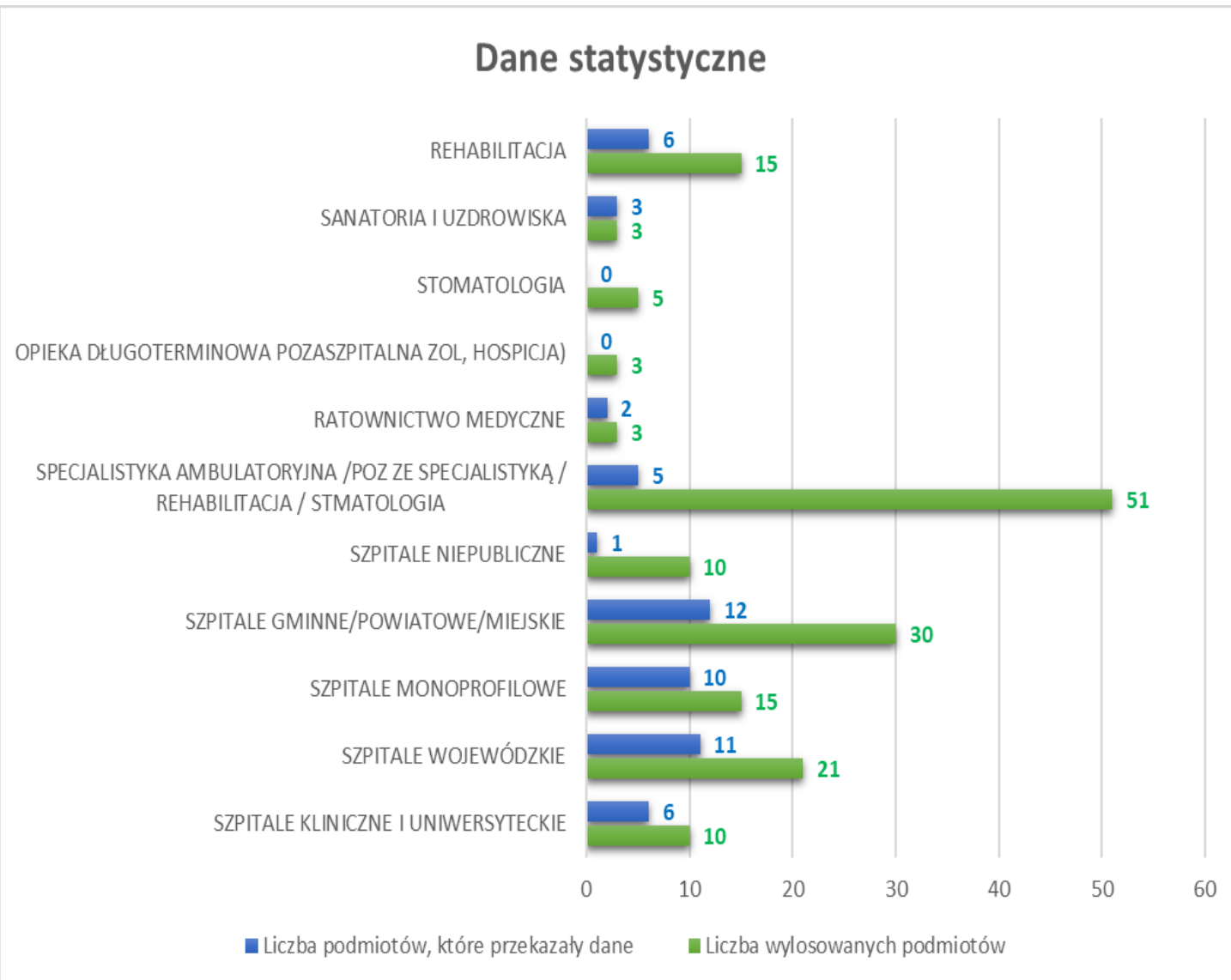
PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – DOBÓR PRÓBY

Populacja	wszyscy świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z wyjątkiem podmiotów wyłączonych z tego obowiązku na mocy art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Metoda	metoda losowania warstwowego nieproporcjonalnego
Operat losowania	źródłem danych do losowania była baza danych NFZ z roku 2019, zawierająca dane podmiotu oraz informacje o realizowanych zakresach świadczeń
Zmienne warstwujące	rodzaj podmiotu; kategoria szpitala
Liczebność próby	166 podmiotów
Zdefiniowane warstwy i liczba podmiotów	szpitale kliniczne i instytuty [10 podmiotów]
	szpitale wojewódzkie [20 podmiotów]
	szpitale monoprofilowe [15 podmiotów]
	szpitale gminne/ powiatowe/ miejskie [30 podmiotów]
	szpitale niepubliczne [10 podmiotów]
	specjalistyka ambulatoryjna i POZ ze specjalistyką/ rehabilitacją/ stomatologią [50 podmiotów]
	rehabilitacja [15 podmiotów]
	stomatologia [5 podmiotów]
	sanatoria i uzdrowiska [3 podmioty]
	opieka długoterminowa pozaszpitalna (ZOL, hospicja) [3 podmioty]
	ratownictwo medyczne [3 podmioty]



PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – STATYSTYKA

Kategoria podmiotu	Liczba wylosowanych podmiotów	Liczba podmiotów, które przekazały dane	Udział %
SZPITALE KLINICZNE I UNIWERSYTECKIE	10	6	60%
SZPITALE WOJEWÓDZKIE	21	11	52%
SZPITALE MONOPROFILOWE	15	10	67%
SZPITALE GMINNE/POWIATOWE/MIEJSKIE	30	12	40%
SZPITALE NIEPUBLICZNE	10	1	10%
SPECJALISTYKA AMBULATORYJNA /POZ ZE SPECJALISTYKĄ / REHABILITACJA / STMATOLOGIA	51	5	10%
RATOWNICTWO MEDYCZNE	3	2	67%
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA POZASZPITALNA ZOL, HOSPICJA)	3	0	0%
STOMATOLOGIA	5	0	0%
SANATORIA I UZDROWISKA	3	3	100%
REHABILITACJA	15	6	40%
RAZEM	166	56	34%





WNIOSKI

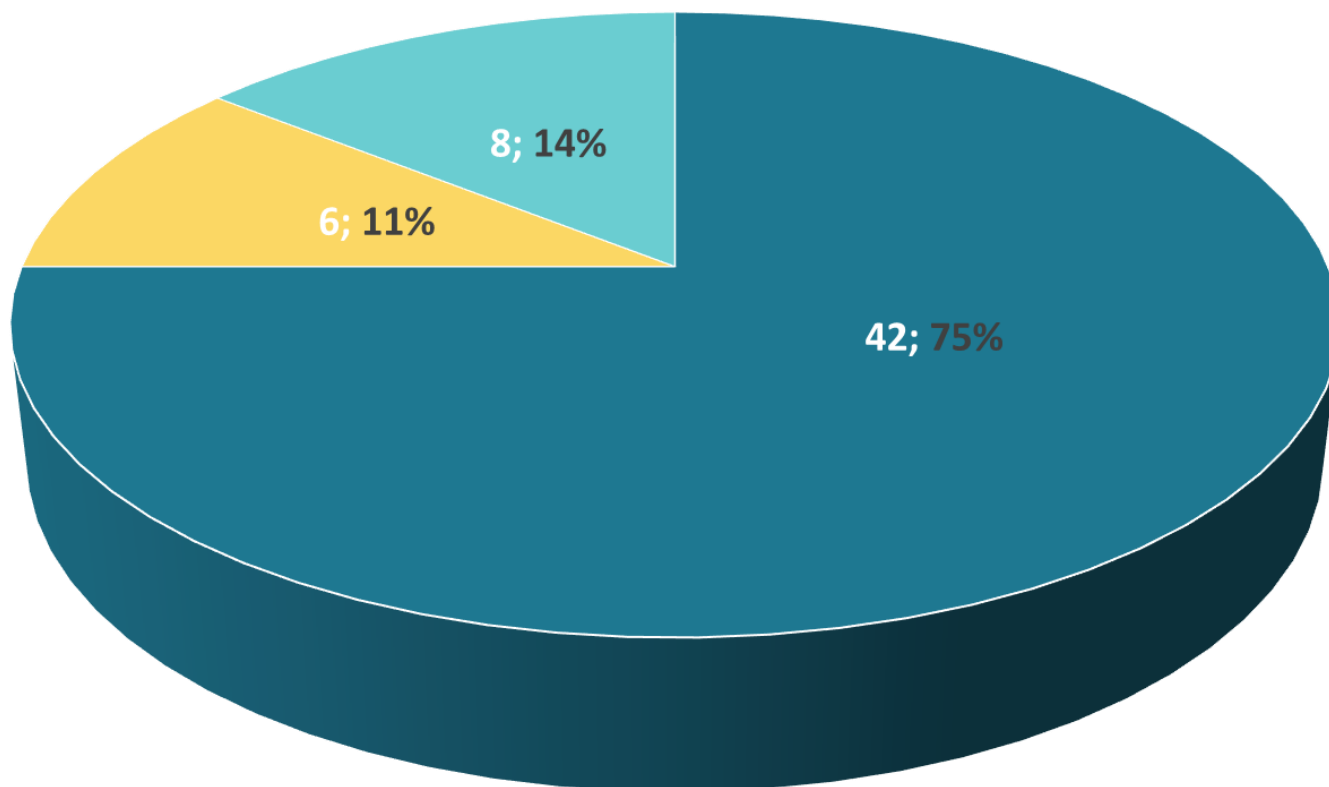
1. Stosunkowo mały odsetek świadczeniodawców, którzy przekazali dane (34% wylosowanych podmiotów) nie pozwala na pełną ocenę prawidłowości wdrożenia SRK we wszystkich rodzajach jednostek. Największą grupę podmiotów, które wzięły udział w pilotażu, stanowią szpitale zatem jednostki, które zazwyczaj miały wcześniej styczność z rachunkiem kosztów, często też już współpracowały z AOTMiT. Bardzo niski bądź całkowity brak odzewu ze strony świadczeniodawców z dziedzin specjalistyki ambulatoryjnej, stomatologii czy opieki hospicyjnej uniemożliwia identyfikację obszarów problematycznych dla tej grupy świadczeniodawców i zaproponowanie nowych form wsparcia.
2. W większości przypadków ośrodki powstawania kosztów są wyodrębniane prawidłowo, podobnie jak prawidłowo przypisywane są kody funkcji. Problemy nadal sprawia wyodrębnianie obszarów w ramach SOR/ IP a także identyfikacja OPK proceduralnych i nadanie im właściwych kodów funkcji (zwłaszcza w przypadku poradni medycyny pracy). Większą uwagę zwrócić również należy na zgodną z rozporządzeniem kwalifikację OPK do kosztów zarządu.
3. Świadczeniodawcy dość często korzystają z dopuszczonej przez rozporządzenie możliwości stosowania własnych rozdzielników kosztów wspólnych oraz kluczy podziałowych. Niektóre z nich mogą być jednak dyskusyjne co do zasadności i logiki ich przyjęcia, zwłaszcza podział kosztów apteki w oparciu o wartość wydanych leków czy podział kosztów rejestracji na podstawie czasu pracy poszczególnych poradni.



WNIOSKI

4. W ok. 30 % przypadków koszty wytworzenia OPK i koszty własne sprzedaży zostały obliczone w sposób nieprawidłowy. Do najczęstszych błędów w tym obszarze należały różnice pomiędzy sumą kosztów bezpośrednich i pośrednich a wartościami finalnymi, co może wskazywać na „gubienie” części kosztów OPK działalności pomocniczej czy OPK proceduralnych na etapie ich alokacji (powodem może być np. niedostateczna identyfikacja wszystkich miejsc, na które powinien „rozejść się” koszt całkowity danego OPK).
5. Podobnie, w 1/3 przypadków OPK proceduralnych nie została zachowana zasada, że koszt wytworzenia tego OPK powinien zostać w całości alokowany na wszystkie OPK zlecające. Sytuacje takie mogły wynikać z nieuwzględnienia (albo nie przedstawienia w przesłanym materiale) na przykład kosztu procedur wykonanych na zewnątrz (na rzecz innego podmiotu albo pacjentów prywatnych).
6. W zakresie planu kont zespołu 4 najczęściej identyfikowano: rozbieżności w formacie numeracji kont w stosunku do rozporządzenia, rozbudowę kont na niewłaściwym poziomie analitycznym czy też tworzenie nowych kont niezgodnie z rozporządzeniem. Jakkolwiek w części przypadków uzasadnienie stanowić mogą ograniczone możliwości posiadanych systemów księgowych, tym niemniej pamiętać należy, iż brak zgodności z planem kont wskazanym w rozporządzeniu w znacznym stopniu może utrudnić gromadzenie, weryfikację i analizę danych.

WYODRĘBNIENIE OŚRODKÓW POWSTAWANIA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ



■ PRAWIDŁOWE WYODRĘBNIENIE OPK

■ NIEPRAWIDŁOWE WYODRĘBNIENIE OPK

■ CZĘŚCIOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w zakresach:

1. Wyodrębnienia OPK proceduralnych
2. Wyodrębnieniu obszarów w ramach SOR/IP
3. Wyodrębnieniu oddziałów szpitalnych

Przykłady:

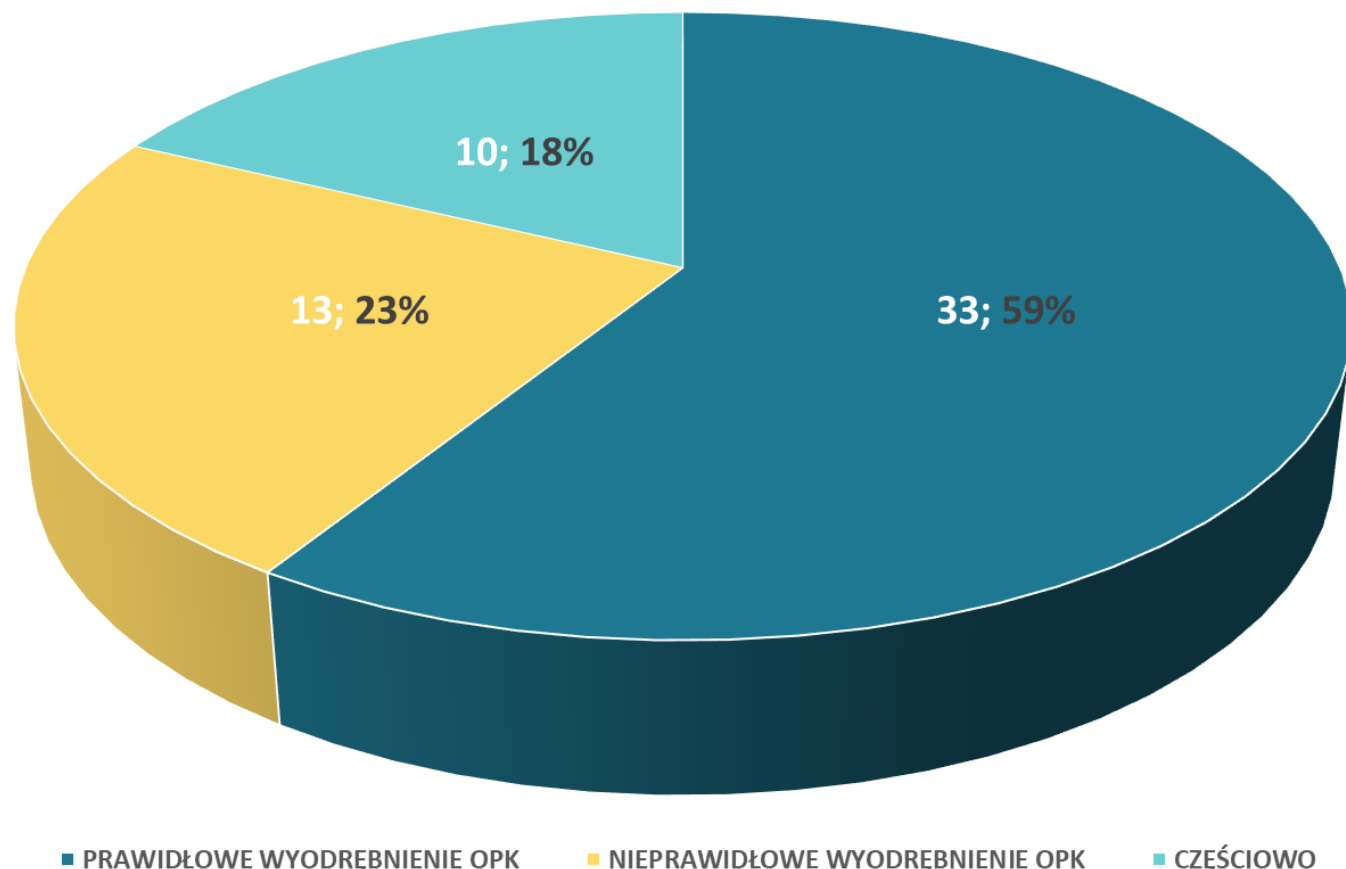
530 Gabinet USG – Echo serca powinien być 507

504 Blok Operacyjny powinien być 507

504 SOR powinien być 503

501/530 Poradnia Medycyny Pracy powinna być 507

WYODRĘBNIENIE OŚRODKÓW POWSTAWANIA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI POZOSTAŁEJ



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w zakresach:

1. Kwalifikacji OPK do kosztów zarządu
2. Błędnej kwalifikacji OPK do rodzaju działalności pomocniczej

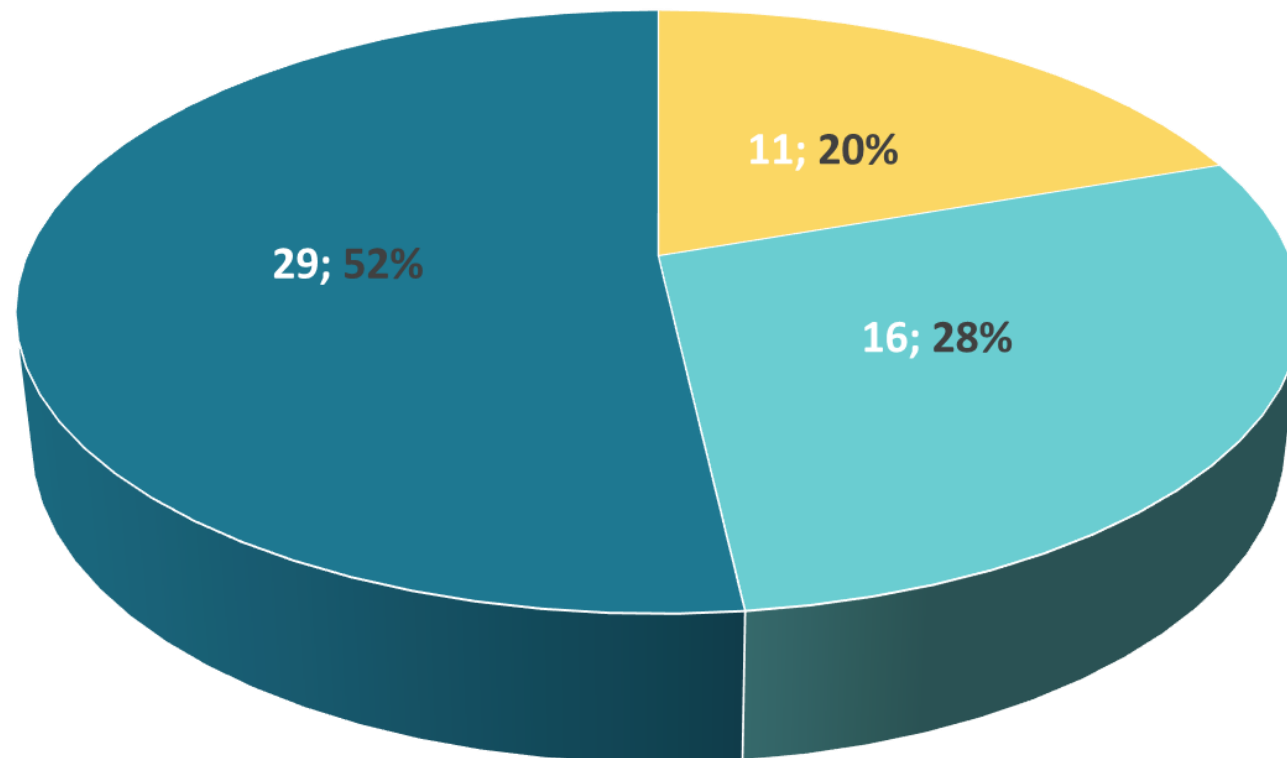
Przykłady:

530 Centralna Sterylizatornia powinno być **535**

530 Archiwum/Statystyka powinno być **550**

535 Apteka Szpitalna powinno być **530**

IMPLEMENTACJA KONT RODZAJOWYCH ZESPOŁU „4”



- NIEZGODNE Z ROZPORZĄDZENIEM
- ZGODNE Z ROZPORZADZENIEM (KOLEJNY POZIOM ANALITYCZNY)
- ZGODNE Z ROZPORZDZENIEM (BEZ KOLEJNEGO POZIOMU ANALITYKI)

Najczęstsze nieprawidłowości dotyczyły:

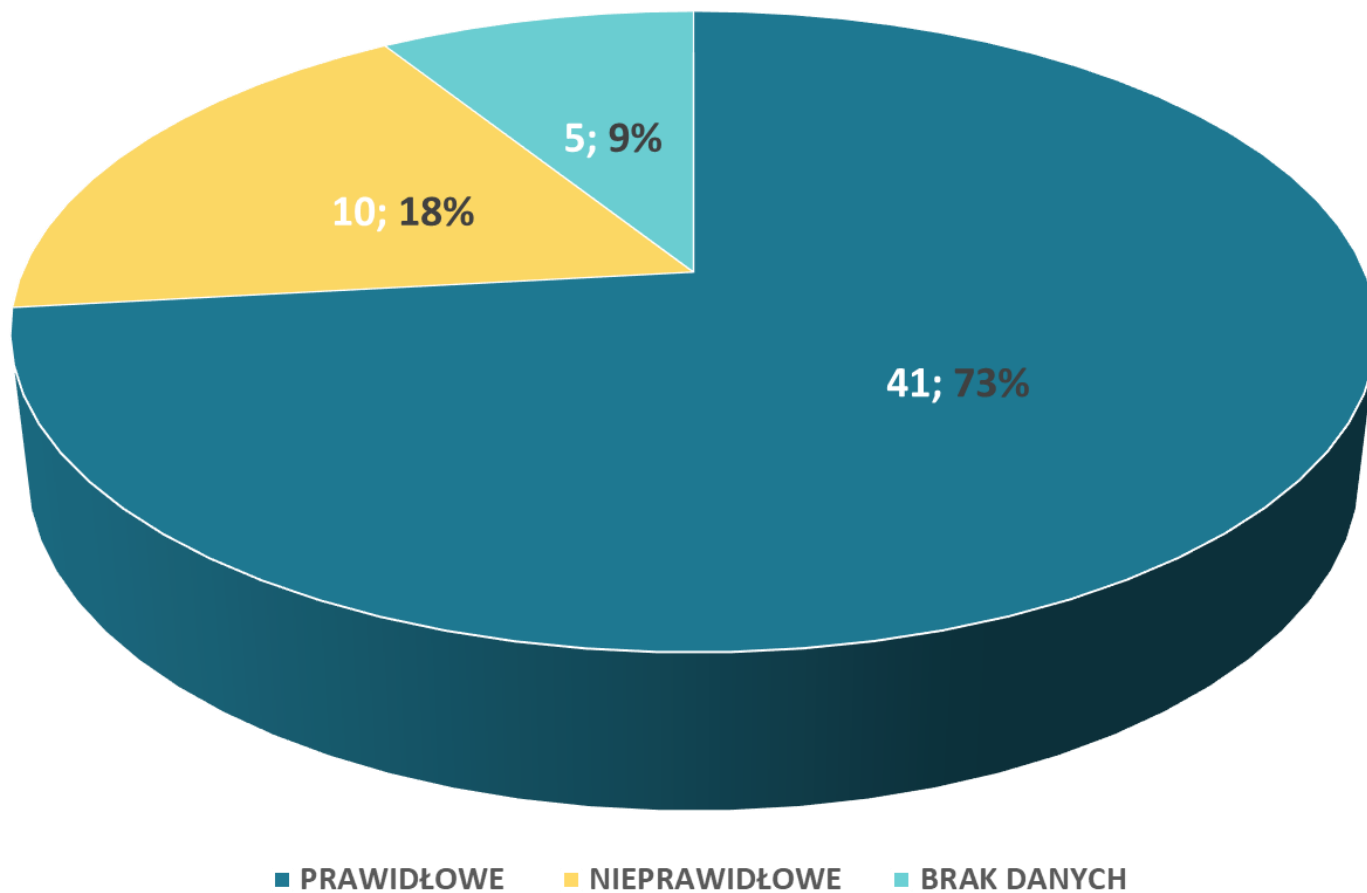
1. Nieprawidłowego formatu utworzonych kont
2. Tworzenia kont na nieprawidłowym poziomie analityki
3. Dodawania własnych kont niezgodnie z rozporządzeniem

Przykłady:

0101010200 - z analizy kont wynika, że aby uzyskać konto zgodne z załącznikiem nr 5 należy dodać 4 z przodu i usunąć 2 ostatnie zera

403-01-10-06; konto dodane 405-06-01 od 02 do 16; 405-06-05 od 02 do 16; 405-06-06 od 02 do 16; dodatkowe konta utworzone na III, a nie na IV poziomie analitycznym

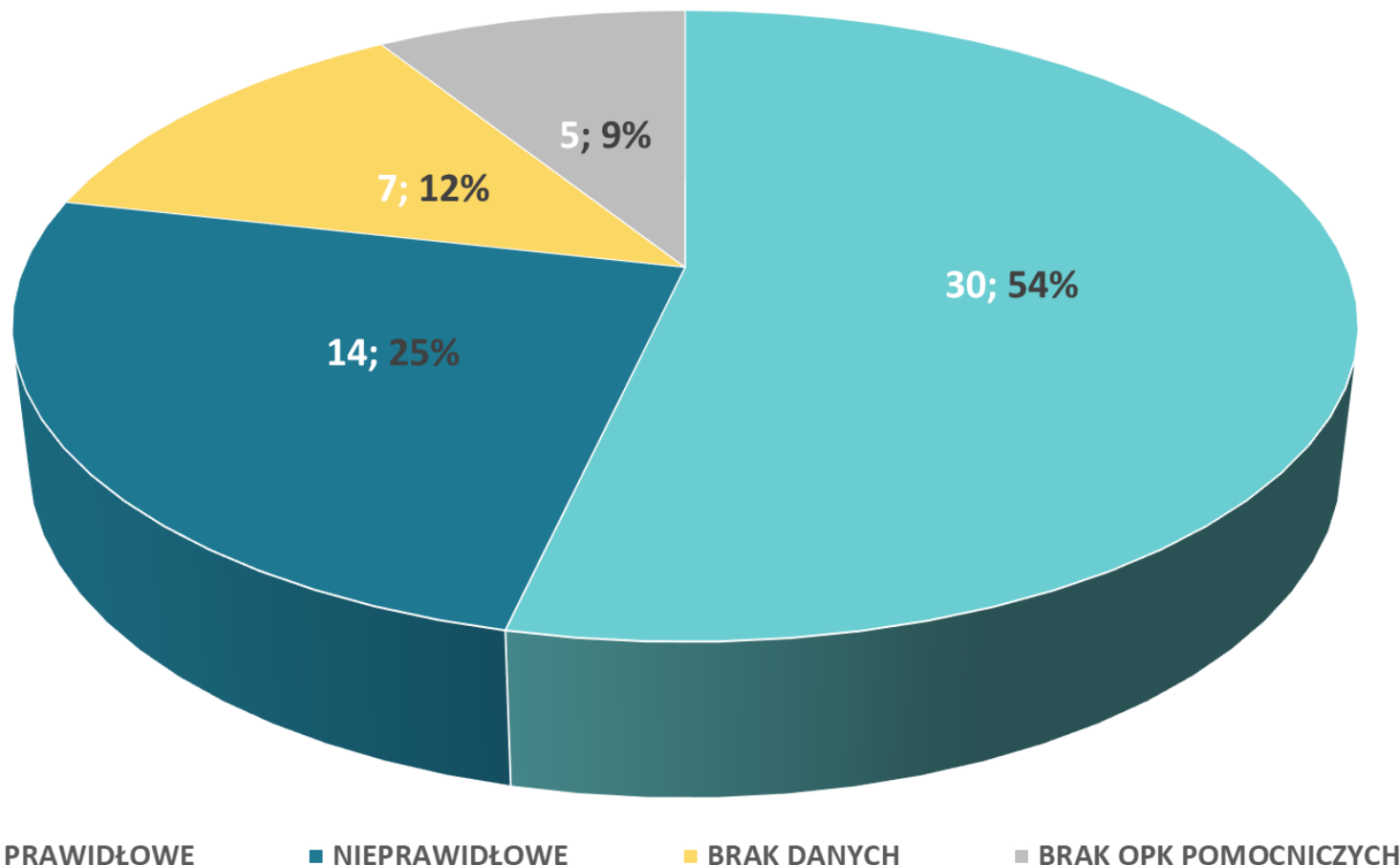
ROZDZIELNIKI KOSZTÓW WSPÓLNYCH



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w stosowanych rozdzielnikach dotyczących kosztów:

1. Ubezpieczenia majątku
2. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
3. Usług informatycznych

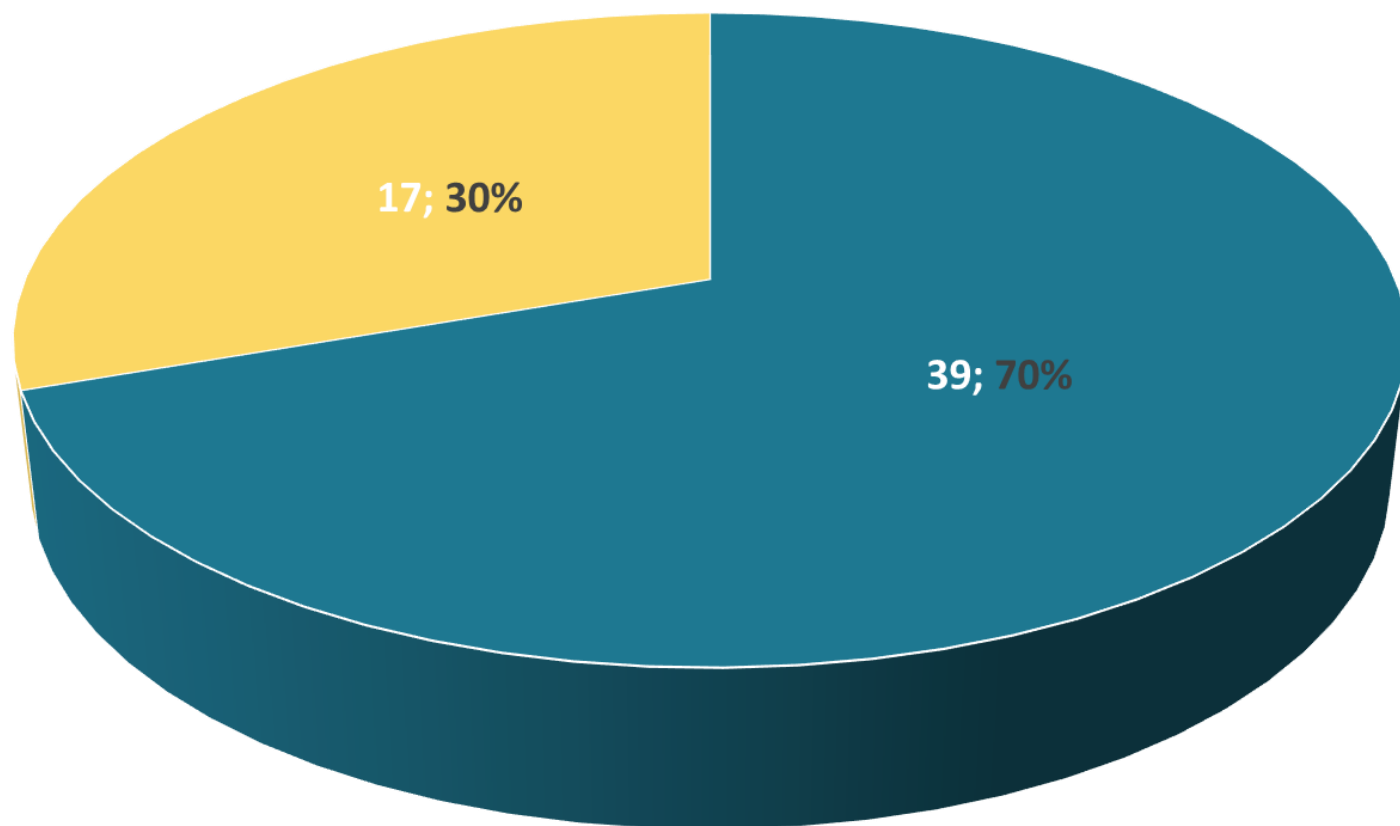
KLUCZE PODZIAŁOWE



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w stosowanych kluczach podziałowych dotyczących rozliczenia kosztów:

1. Apteki szpitalnej np. wartość wydanych leków
2. Działu żywienia np. wartość wydanych posiłków
3. Rejestracji np. czas pracy poradni

WARTOŚĆ KOSZTU WYTWORZENIA OPK



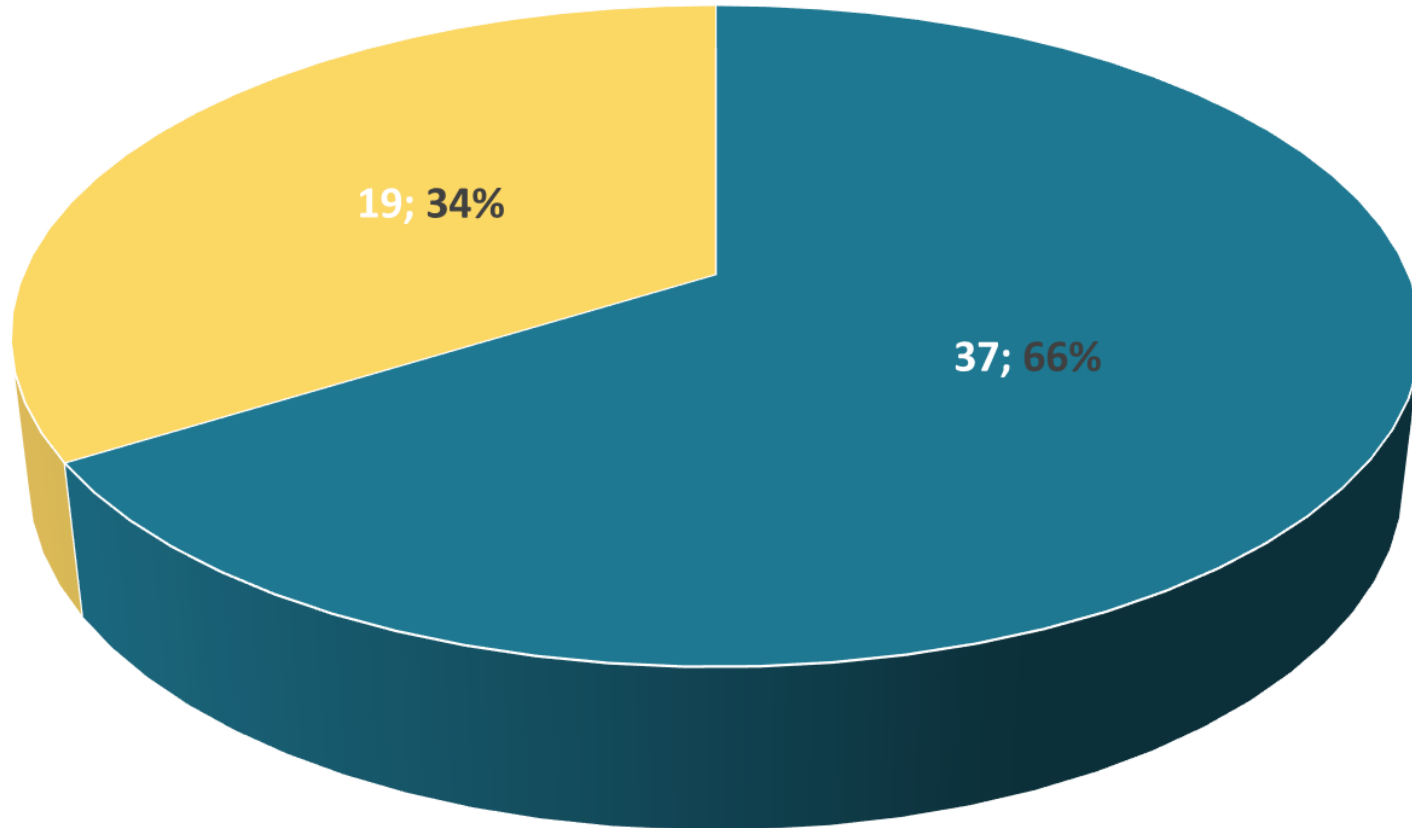
■ WARTOŚĆ WYLICZONA PRAWIDŁOWO

■ WARTOŚĆ WYLICZONA NIEPRAWIDŁOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w:

1. Podsumowaniu kosztów bezpośrednich
2. Podsumowaniu kosztów pośrednich alokowanych z innych OPK np. proceduralnych, działalności pomocniczej

WARTOŚĆ KOSZTU WŁASNEGO SPRZEDAŻY OPK



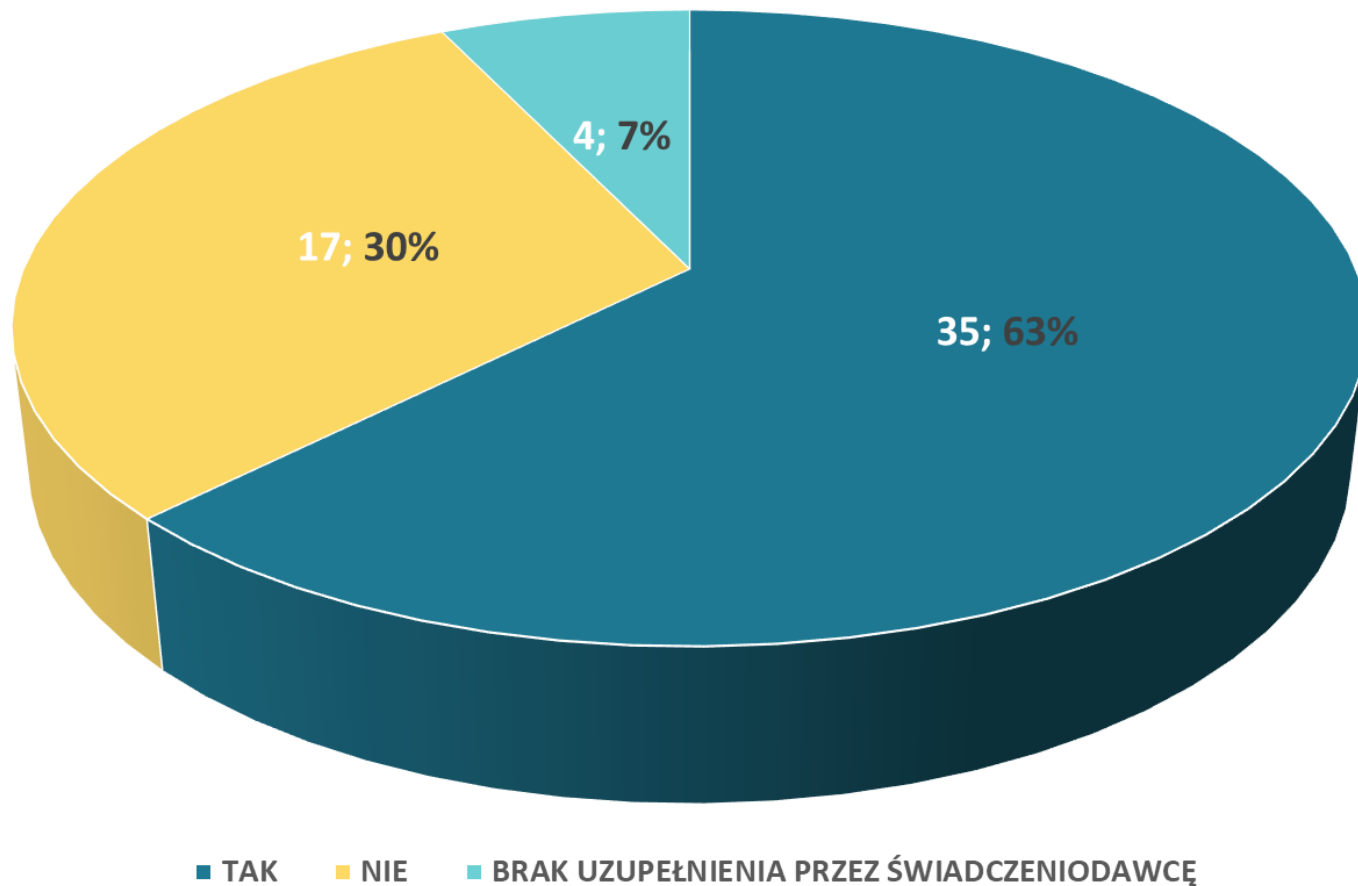
■ WARTOŚĆ WYLICZONA PRAWIDŁOWO

■ WARTOŚĆ WYLICZONA NIEPRAWIDŁOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w:

1. Podsumowaniu kosztów bezpośrednich
2. Podsumowaniu kosztów pośrednich alokowanych z innych OPK np. proceduralnych, działalności pomocniczej
3. Podsumowaniu wartości alokowanych kosztów zarządu

ALOKACJA KOSZTÓW OPK PROCEDURALNEGO



Najczęstsze nieprawidłowości dotyczyły braku wskazania alokacji całkowitych kosztów OPK proceduralnych, co wskazywało na powstanie różnicy między wartością kosztów wytworzenia OPK proceduralnego a wartością kosztów przekazanych na OPK zlecające.



STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW

APLIKACJA SRK



APLIKACJA SRK

Aplikacja SRK została umieszczona na stronie appsrk.aotm.gov.pl



Zarządzaj kosztami, przychodami, śledź trendy, porównuj wartości i wskaźniki w aplikacji.

Aplikacja SRK

Aplikacja SRK to bezpłatne, nowatorskie narzędzie dla podmiotów leczniczych umożliwiające rozliczenie kosztów, wycenę procedur medycznych, benchmarking oraz efektywne zarządzanie.

LOGOWANIE/REJESTRACJA

ZAPOZNAJ SIĘ Z FILMEM INSTRUKTAŻOWYM



STANDARD RACHUNKU KOSZTÓW

Aplikacja SRK to **bezpłatne, nowatorskie** narzędzie dla podmiotów leczniczych umożliwiające rozliczenie kosztów, wycenę procedur medycznych, benchmarking oraz efektywne zarządzanie.

WPROWADZANIE
DANYCH



WYCENA
PROCEDUR MEDYCZYNYCH



RAPORTY



PULPIT
ZARZĄDCZY



WSKAŹNIKI
BENCHMARKING



Aplikacja SRK

Zarządzaj kosztami,
przychodami, śledź trendy,
porównuj wartości i wskaźniki
w aplikacji.

ZARZĄDZAJ.....

KOSZTAMI

ZARZĄDZAJ.....

ŚLEDŹ

PRZYCHODAMI

TRENDY

PORÓWNAJ.....

WARTOŚCI I WSKAŹNIKI

(z innymi podmiotami)

Aplikacja SRK

- o narzędzie umożliwiające rozliczenie kosztów zgodnie z zapisami rozporządzenia MZ (z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz.U. z 2020 r., poz. 2045))
- o dedykowana podmiotom leczniczym, które nie posiadają oprogramowania do rozliczenia kosztów
- o daje możliwość:
 - o bieżącej kontroli kosztów i przychodów,
 - o na poziomie pojedynczego ośrodka powstawania kosztów, jak i podmiotu jako całości.
- o bezpłatna

Automatyzacja procesu rozliczenia kosztów

Zmniejszenie pracochłonności związanej z rozliczeniem kosztów

Przejrzysta prezentacja wprowadzonych danych w module raportowym

Automatyzacja procesu wyceny procedur medycznych

Uzyskanie informacji o podstawowych wskaźnikach ekonomiczno-finansowych i statystycznych z możliwością benchmarkingu

Zilustrowanie sytuacji finansowej podmiotu poprzez agregację danych w pulpicie zarządczym

Korzyści dla świadczeniodawców w aspekcie prowadzonej działalności leczniczej

-  wprowadzenie danych poprzez import z plików bądź bezpośrednio w aplikacji
-  wdrożenie niezależnie od posiadanych systemów informatycznych świadczeniodawcy
-  wsparcie AOTMIT dla podmiotów na każdym etapie wdrożenia
-  dostęp do danych w jednym miejscu
-  porównanie swoich wskaźników ekonomiczno-finansowych z innymi podmiotami w Polsce
-  bezpłatny dostęp do aplikacji



Małe podmioty lecznicze

usprawnienie procesu rozliczania kosztów (automatyzacja procesu w aplikacji)

skrócenie pracochłonności związanej z rozliczaniem kosztów

uzyskanie informacji zarządczej, wspierającej Dyrekcję/Kierownictwo w podejmowaniu bieżących decyzji związanych z alokacją środków finansowych wewnątrz jednostek oraz sporządzaniem planów finansowych i inwestycyjnych

zwiększenie efektywności zarządzania zasobami i ich kosztami



Średnie podmioty lecznicze

poprawa wykorzystania zasobów

zwiększenie efektywności procesów operacyjnych (automatyzacja procesów)

przystępnie przedstawiona informacja o kosztach prowadzenia działalności, możliwość zapewnienia ww. informacji szerszemu gronu pracowników

wsparcie w procesie delegowania

wsparcie analityczne w procesie podejmowania decyzji



Duże podmioty lecznicze

rozpoznanie obszarów o dużym potencjale rozwoju

łatwa prezentacja wyników dot. procesów kosztowych wewnątrz organizacji

wsparcie w długoterminowym planowaniu działalności

zwiększenie konkurencyjności

analizy zmieniających się trendów



STRONA GŁÓWNA



WPROWADZANIE DANYCH



WYCENA PROCEDUR
MEDYCZNYCH/USŁUG



RAPORTY



PULPIT ZARZĄDCZY



WSKAŹNIKI



PROFIL UŻYTKOWNIKA



WYLOGUJ

MODUŁY APLIKACJI:

- moduł wprowadzania danych,
- moduł wyceny procedur medycznych,
- moduł raportowy,
- pulpit zarządczy
- moduł wskaźników.



WPROWADZANIE DANYCH



WYCENA PROCEDUR
MEDYCZNYCH



RAPORTY



PULPIT ZARZĄDCZY



WSKAŹNIKI



APLIKACJA SRK

MODUŁ WPROWADZANIA DANYCH

- import danych do aplikacji z pliku MS Excel według przygotowanego szablonu,
- możliwość wprowadzania lub edycji danych bezpośrednio w systemie,
- rozliczenie kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

The screenshot displays the 'WPROWADZANIE DANYCH' (Data Entry) module interface. At the top, there are navigation links for 'przewodnik', 'instrukcja', and 'pomoc'. The main area is titled 'Edycja kont zespołu "5"' and 'Edycja kont rodzajowych zespołu "4"'. It features several input fields: 'Kod syntetyczny' (Wybierz...), 'Kod resortowy', 'Kod własny', 'Typ OPK' (podstawowy), 'Numer OPK', 'Nazwa OPK', and 'Rodzaj kosztów' (stałe). Below these is a pagination control with 'POPRZEDNIA', '1', '2', '3', '4', and 'NASTĘPNA'. A central menu titled 'WPROWADZANIE DANYCH' lists four options: 1. Import Słowników, 2. Edycja Słowników, 3. Import Danych, and 4. Rozliczenie Kosztów. To the right, a table lists medical specialties with their respective cost types and a 'Zapisz' (Save) button. At the bottom, a 'Lista przesłanych plików' (List of uploaded files) table shows two files: 'dane_07.xlsx' and 'dane_06.1.xlsx', both with a 'WALIDACJA PLIKU' (File Validation) status of '✓' and 'OPCJE' (Options) for download, upload, and delete.

NAZWA PLIKU	DATA PRZESŁANIA	WALIDACJA PLIKU	OPCJE
dane_07.xlsx	18.11.2021, 16:39:52	✓	
dane_06.1.xlsx	18.11.2021, 16:39:16	✓	



APLIKACJA SRK

MODUŁ WYCENY PROCEDUR MEDYCZNYCH

- import jednostkowych kosztów normatywnych procedur przy pomocy szablonu pliku MS Excel, gdy wycena została dokonana poza aplikacją,
- import słowników cen materiałów bezpośrednich i stawek personelu medycznego,
- wycena jednostkowych kosztów normatywnych procedur,
- prosty sposób cyklicznej aktualizacji wycen procedur.

WYCENA PROCEDUR MEDYCZNYCH/USŁUG

Wykaz procedur medycznych/usług w OPK | Wycena procedur medycznych/usług | Zestawienie jednostkowych kosztów normatywnych procedur/usług

Data obowiązywania procedur: 18-11-2021

Wybór OPK: 507-0000-418 - Pracownia USG

Wybór procedury medycznej/usługi: 88.713 - USG tarczycy i przytarczyc

INDEKS MATERIAŁU	MATERIAŁ/LEK/ŚRODEK SPOŻYWCZY SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO/WYRÓB MEDYCZNY	TYP	LICZBA PROCEDUR	JEDNOSTKA MIARY	ILOŚĆ JEDNOSTEK MIARY ZUŻYTA NA REALIZACJĘ PROCEDURY	CENA JEDNOSTKI MIARY W ZŁ	WKŁAD DO KOSZTU JEDNOSTKOWEGO W ZŁ
			0		0	0,00	obliczany po dodaniu pozycji
MG-USG-005	Ręczniki przemysłowe	materiał jednorazowy	30,00	rolka	1,00	5,79	0,19
MG-USG-004	Zel do USG	materiał zużywalny	20,00	butelka	1,00	2,21	0,11
MG-USG-003	Podkładki higieniczne	materiał jednorazowy	120,00	rolka	1,00	17,69	0,15
MG-USG-002	Papier do drukarki USG	materiał zużywalny	65,00	rolka	1,00	19,80	0,30
MG-USG-001	Rękawiczki jednorazowe	materiał jednorazowy	1,00	szt	2,00	0,45	0,90
Wartość ogółem							1,66

Wykaz procedur medycznych/usług w OPK | Wycena procedur medycznych/usług | Zestawienie jednostkowych kosztów normatywnych procedur/usług

Data obowiązywania procedur: 24-11-2021

Wybór OPK: 507-0000-418 - Pracownia USG

LP.	KOD PROCEDURY WG KLASYFIKACJI ICD-9	KOD PROCEDURY WG ŚWIADCZENIODAWCY	NAZWA PROCEDURY	KOSZTY MATERIAŁOWE W ZŁ	KOSZTY OSOBOWE W ZŁ	ŁĄCZNIE JEDNOSTKOWY KOSZT NORMATYWNY W ZŁ	OPCJE
1	88.713	88.713	USG tarczycy i przytarczyc	1,66	21,39	23,05	
2	88.717	88.717	USG ślinianek	1,66	192,49	194,15	



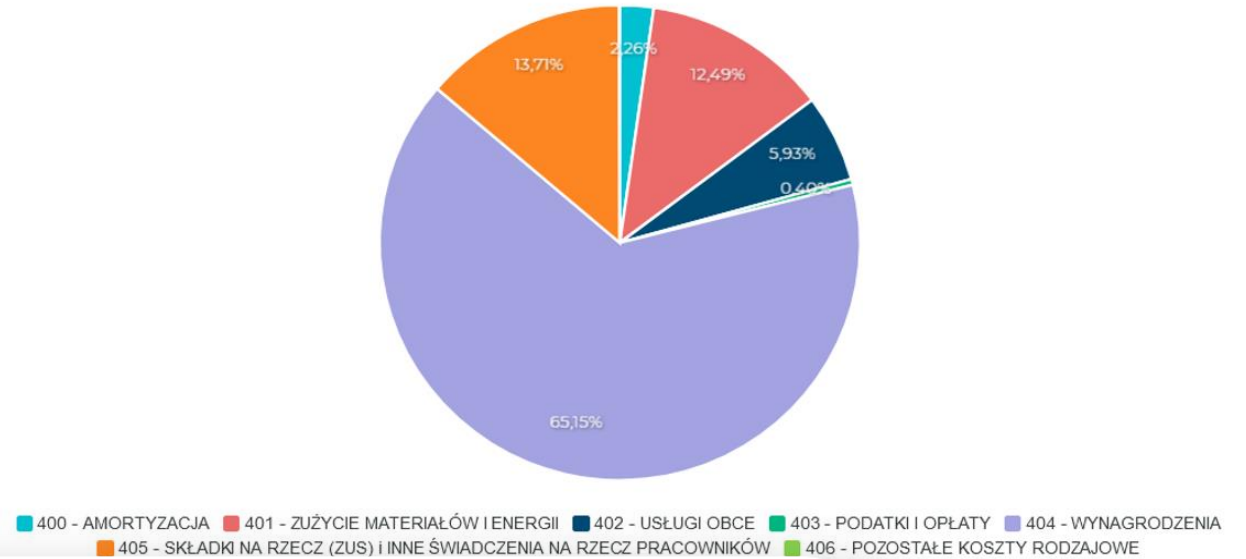
APLIKACJA SRK

MODUŁ RAPORTÓW

- o gotowe raporty zawierające najistotniejsze informacje finansowe,
- o przeglądanie uporządkowanych danych według wybranych filtrów: rodzaj działalności, rodzaj OPK, zakres czasowy,
- o prezentacja wprowadzonych danych w formie przejrzystych tabel (z możliwością rozwinięcia danych do poziomu analityki) i wykresów, możliwość pobrania wykresów i tabel do plików: CSV, SVG, PNG/DOC, CSV, XLSX,
- o możliwość rozbudowywania bazy raportowej zgodnie z potrzebami świadczeniodawców.

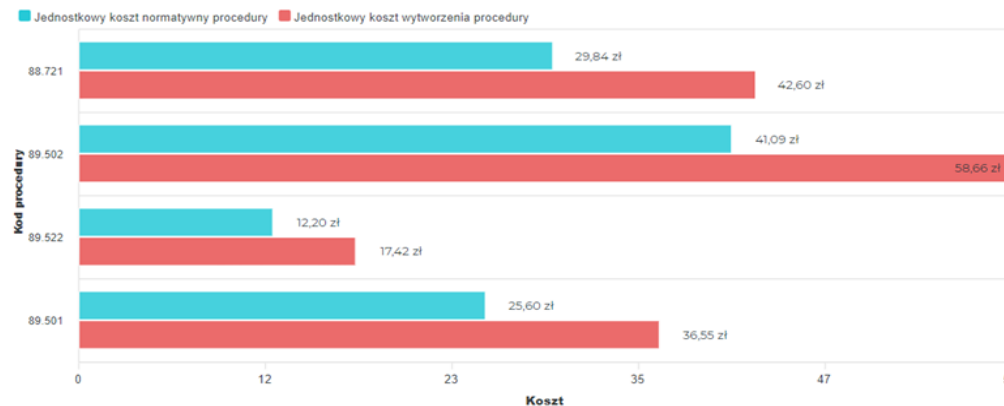
7. Koszty bezpośrednie ośrodka powstawania kosztów (analityka kont zespołu 4)

Koszty bezpośrednie ośrodka powstawania kosztów (analityka kont zespołu 4)
nr OPK 501-0000-302



12. Koszty jednostkowe normatywne i koszty wytworzenia procedur medycznych - porównanie

Koszty jednostkowe normatywne i koszty wytworzenia procedur medycznych - porównanie
nr OPK 507-0000-334

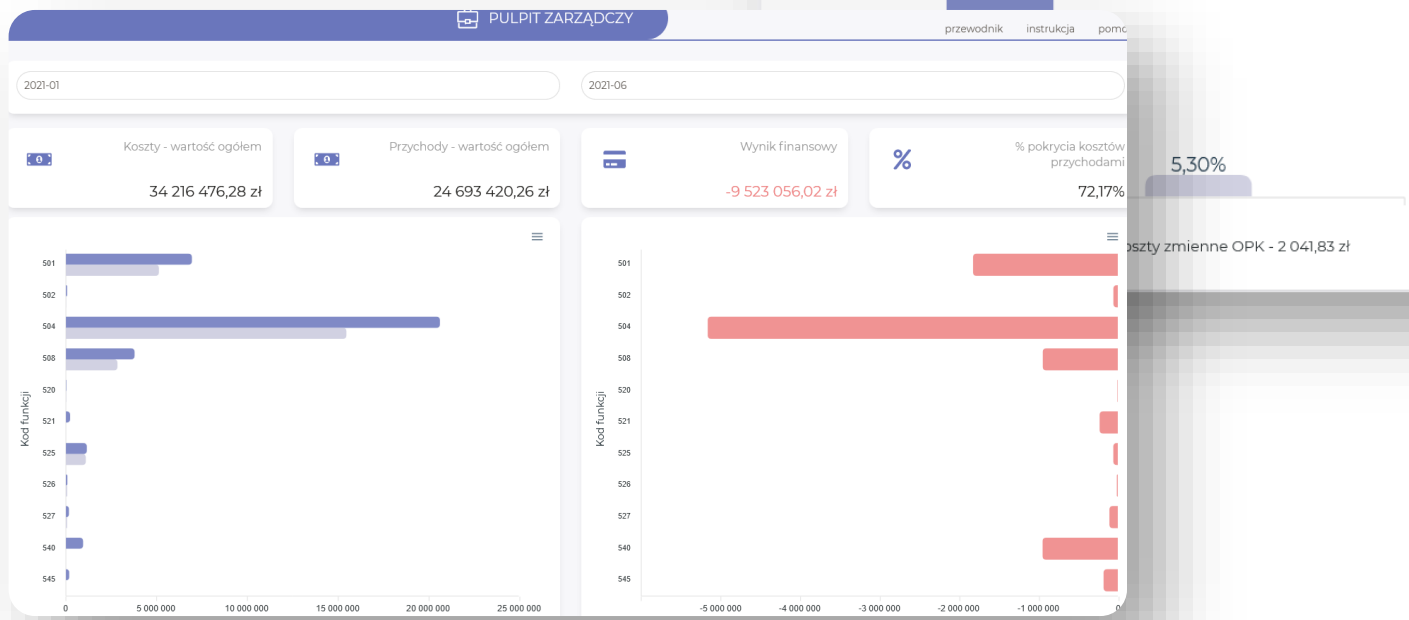
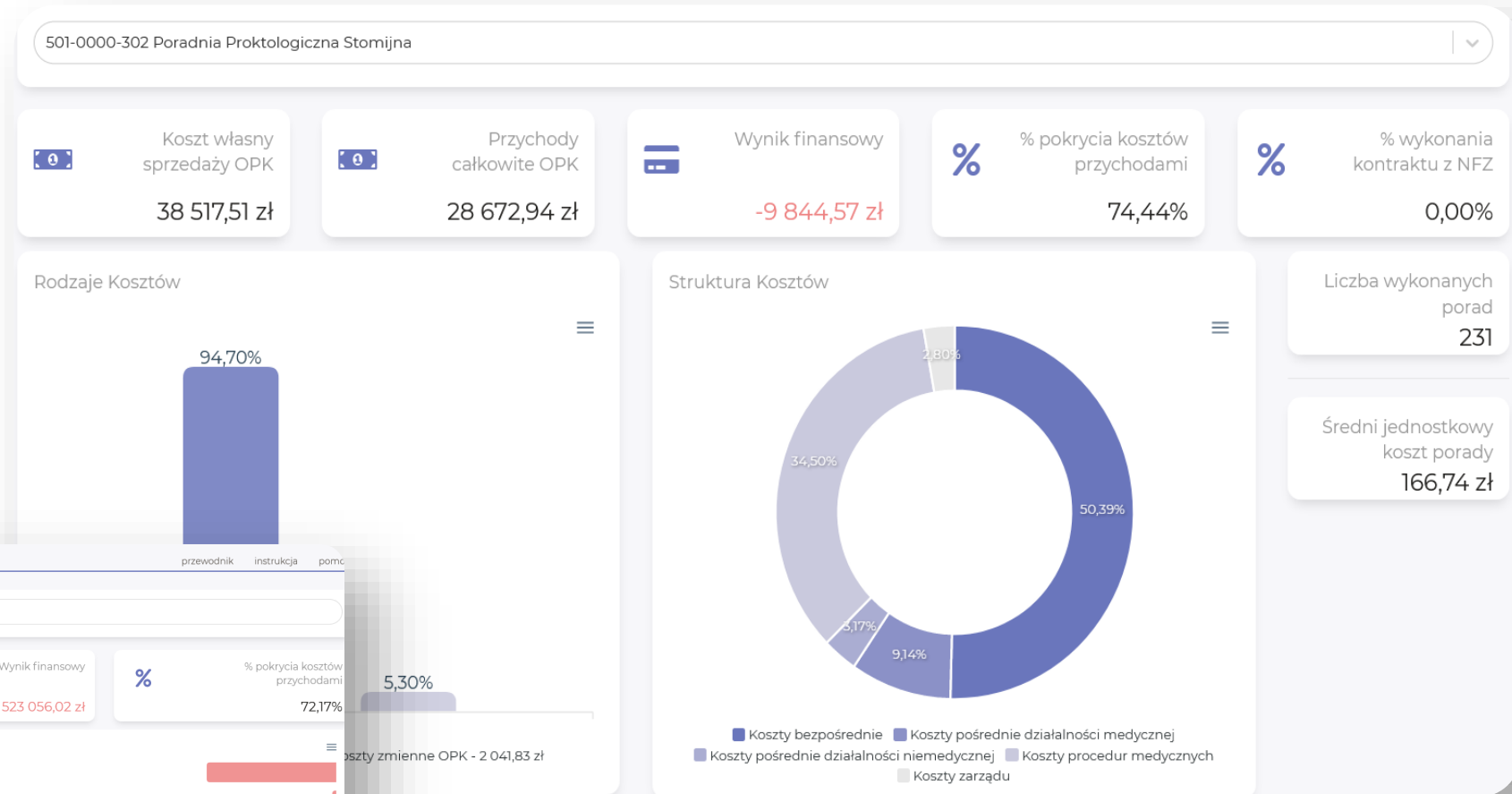




APLIKACJA SRK

PULPIT ZARZĄDCZY

- o jednoczesna prezentacja danych z wielu źródeł,
- o wielowymiarowe analizy danych „od ogółu do szczegółu”,
- o wsparcie w procesie podejmowania decyzji zarządczych.

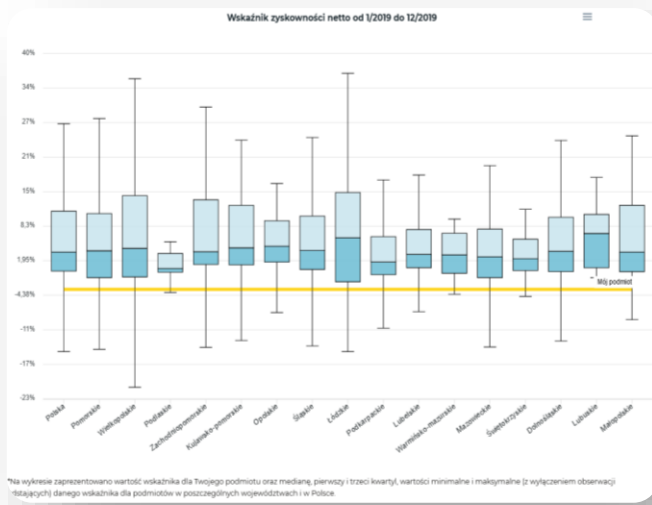




APLIKACJA SRK

MODUŁ WSKAŹNIKÓW

- o dostęp do informacji o podstawowych wartościach wskaźników ekonomiczno-finansowych i statystycznych na poziomie podmiotu oraz poszczególnych ośrodków powstawania kosztów,
- o funkcja porównywania własnych wyników na tle innych podmiotów w kraju i w poszczególnych województwach (zanonimizowane dane).



*Na wykresie zaprezentowano wartość wskaźnika dla Twojego podmiotu oraz medianę, pierwszy i trzeci kwartyl, wartości minimalne i maksymalne (z wyłączeniem obserwacji odstających) danego wskaźnika dla podmiotów w poszczególnych województwach i w Polsce

Wskaźniki

- Ekonomiczno-finansowe Podmiotu
- Ekonomiczno-finansowe OPK
- Statystyczne

Wskaźnik zyskowności netto

2019-01 2019-12

Wskaźnik zyskowności netto od 1/2019 do 12/2019

Wskaźnik	Wartość (%)
Szpital Testowy	-3,31%
Max	17,67%
Mediana	1,61%
Min	-13,88%

Wskaźnik zyskowności netto

FILTRUJ DANE REGIONY 2019-01 2019-12

Wskaźniki

- Ekonomiczno-finansowe Podmiotu
- Ekonomiczno-finansowe OPK
- Statystyczne

Wskaźnik zyskowności netto od 1/2019 do 12/2019

Twój Wskaźnik: -3,31%

Wskaźnik zyskowności netto (%) wyznaczono w oparciu o Rozporządzenie MZ z dnia 12.04.2017 roku. Wskaźnik pokazuje jaką część przychodów stanowi odnotowany zysk lub strata. W ten sposób jest określona efektywność gospodarki finansowej w odniesieniu do relacji przychody ogółem – koszty ogółem podmiotu. Zgodnie z punktacją zawartą w Rozporządzeniu za optymalny wynik wskaźnika uznaje się wartość powyżej 4%. Bardzo wysokie wartości ujemne wskaźnika wskazują na trudności finansowe podmiotu.

Wskaźnik zyskowności netto

2019 2020 2021

● Polska ● Szpital Testowy