

Odpowiedzi na pytania ze szkoleń dla kadry administracyjnej odbytych w dniach 20-21 oraz 26-27 maja 2026

Spis treści

Arkusz 1. Struktura_org	6
Arkusz 3.1 – AnalizaOtoczenia	9
Arkusz 3.2 – AnalizaKonkurencji	9
Arkusz 3.3 – Analiza Map Potrzeb.....	10
Arkusz 3.4.1 – Analiza stat-med. OPK AMB	10
Arkusz 3.4.3 – Analiza stat-med. OPK SOR.....	10
Arkusz 3.4.4 – Analiza stat-med. OPK STA.....	11
Arkusz 3.5.1– Analiza OPK Zasoby Ludzkie	11
Arkusz 3.5.2 – Analiza OPK Zasoby Ludzkie	14
Arkusz 3.6.1 – Analiza Sprzętu Medycznego.....	17
Arkusz 3.6.2 – Analiza Sprzętu Medycznego.....	17
Arkusz 3.7.2 – AnalizaInfrastruktury-bud.....	18
Arkusz 3.9 – Analiza Działalności Inna	18
Arkusz 3.10 – Analiza Realizacji Umów NFZ	18
Arkusz 3.11 – Analiza Zobowiązań	19
Arkusz 3.14.1 – Analiza Koszty Kluczowe	20
Arkusz 3.15.1 – Analiza Finans OPK inne.....	20
Arkusz 3.15.2 – Analiza Finans OPK PR	20
Arkusz 3.15.3 – Analiza Finans OPK SOR.....	21
Arkusz 5.1-5.3 – Wskaźniki Prognoza RZiS	21

Pytania dotyczące kwestii organizacyjno-prawnych

Pytanie: Instytut badawczy MZ prowadzi jednocześnie działalność leczniczą i działalność naukową. Sporządza jedno sprawozdanie finansowe obejmujące wyniki obu rodzajów działalności. Formularz programu naprawczego jest skonstruowany wyłącznie pod działalność leczniczą — arkusz 3.9 przewiduje jedynie opisowe ujęcie działalności naukowej jako działalności "pozostalej", bez możliwości zawarcia działań naprawczych dotyczących tej sfery. Pytanie obejmuje dwie kwestie. Po pierwsze: czy obowiązek sporządzenia programu naprawczego powstaje w przypadku, gdy strata netto wykazana w łącznym sprawozdaniu finansowym pochodzi wyłącznie lub przeważająco z działalności naukowej lub realizacji ustawowych zadań państwowego instytutu badawczego, a część lecznicza wykazuje wynik dodatni lub neutralny? Po drugie: jeśli obowiązek powstaje — czy przy konstruowaniu programu naprawczego możliwe jest wyłączenie z podstawy oceny kosztów i przychodów związanych wyłącznie z realizacją ustawowych zadań badawczych, skoro formularz programu naprawczego nie przewiduje dla nich żadnych działań naprawczych?

Podstawa: art. 4 ust. 3 pkt 1a w zw. z art. 59 ust. 4 uodl; ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych art. 2; arkusz 3.9 formularza

Odpowiedź: Strata, o której mowa w art. 59 ust. 4 wynika ze sprawozdania finansowego sporządzonego dla całej działalności instytutu, zawierającej zarówno część leczniczą jak i naukową. Do straty mogła przyczynić się zarówno działalność lecznicza jak i naukowa. Dlatego też, działania naprawcze mogą dotyczyć zarówno działalności naukowej jak i leczniczej w zależności od tego co wymaga naprawienia.

Pytanie: Art. 59a ust. 1 uodl stosuje się do instytutów odpowiednio na mocy art. 4 ust. 3 pkt 1a uodl. Podmiotem tworzącym dla instytutów MZ jest Minister Zdrowia. Czy przy odpowiednim stosowaniu art. 59a rola wojewody — jako organu opiniującego dostosowanie do mapy potrzeb zdrowotnych — odpada w przypadku instytutu o zasięgu ogólnopolskim, dla którego podmiotem tworzącym i organem nadzorującym jest Minister Zdrowia? Czy jedynym organem opiniującym i zatwierdzającym program jest w takim przypadku Minister Zdrowia?

Odpowiedź: Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej podmiot tworzący zatwierdza program naprawczy; nie opiniuje go. Stanowisko przedstawia wojewoda właściwy ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Jeżeli (przykładowo) podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych na terenie 3 województw, przekazuje program trzem wojewodom do zaopiniowania. I analogicznie – przekazuje trzem dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ.

Pytanie: NIO-PIB posiada jedną księgę rejestrową w RPWDL obejmującą sześć zakładów leczniczych w trzech lokalizacjach: Warszawa, Kraków, Gliwice. Każda lokalizacja sporządza odrębne sprawozdanie finansowe badane przez biegłego rewidenta oraz posiada odrębny kontrakt z właściwym oddziałem NFZ (mazowieckim, małopolskim, śląskim). Obok tych sprawozdań jednostkowych sporządzane jest sprawozdanie łączne całego NIO-PIB. Czy próg wyzwalający obowiązek sporządzenia programu naprawczego — strata netto przekraczająca 1% sumy przychodów — jest oceniany na poziomie sprawozdania łącznego całego NIO-PIB, czy na poziomie sprawozdań jednostkowych poszczególnych lokalizacji?

Odpowiedź: Obowiązek sporządzania programów naprawczych odnosi się do podmiotu leczniczego. Zakład leczniczy jest zespołem środków majątkowych. Zakłady lecznicze i lokalizacje nie mają osobowości prawnej i zdolności do czynności prawnych. Strata netto, o której mowa w art. 59 ust. 4 odnosi się do podmiotu leczniczego, a nie do zakładu leczniczego albo lokalizacji.

Pytanie: NIO-PIB posiada jedną księgę rejestrową w RPWDL obejmującą trzy lokalizacje, z których każda sporządza odrębne sprawozdanie finansowe. Czy możliwa jest sytuacja, w której obowiązek sporządzenia programu naprawczego powstaje wyłącznie na podstawie sprawozdania jednej lokalizacji, której strata netto przekracza próg 1%, przy jednoczesnym zysku w pozostałych lokalizacjach i wyniku łącznym dodatnim? Jeśli tak — czy program naprawczy sporządza cały podmiot obejmując wszystkie lokalizacje ujęte w jednej księdze rejestrowej, czy wyłącznie ta lokalizacja, której sprawozdanie wyzwoliło obowiązek?

Odpowiedź: Obowiązek sporządzania programów naprawczych odnosi się do podmiotu leczniczego. Zakład leczniczy jest zespołem środków majątkowych. Zakłady lecznicze i lokalizacje nie mają osobowości prawnej i zdolności do czynności prawnych. Strata netto, o której mowa w art. 59 ust. 4 odnosi się do podmiotu leczniczego, a nie do zakładu leczniczego albo lokalizacji.

Pytanie: Formularz programu naprawczego (arkusz 1 StrukturaOrg) wymaga wykazania wszystkich ośrodków powstawania kosztów zgodnych z wpisem do RPWDL. NIO-PIB ma jedną księgę rejestrową z sześcioma zakładami leczniczymi i łącznie kilkudziesięcioma jednostkami organizacyjnymi w trzech lokalizacjach. Stosując literalnie przepisy rozporządzenia MZ z dnia 17 listopada 2025 r. oraz instrukcję formularza, NIO-PIB stoi na stanowisku, że wszystkie te jednostki muszą zostać ujęte w jednym pliku formularza. Czy powyższe rozumienie jest prawidłowe? Czy MZ przewiduje odrębny tryb lub wytyczne dla podmiotów wielozakładowych o złożonej strukturze organizacyjnej obejmującej wiele lokalizacji?

Odpowiedź: W formularzu należy uwzględnić wszystkie zakłady lecznicze i komórki organizacyjne, niezależnie od ich lokalizacji.

Pytanie: Art. 59a ust. 1 pkt 1 uodl wskazuje jednego dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ jako adresata programu naprawczego. NIO-PIB posiada odrębne kontrakty z oddziałami NFZ: mazowieckim (Warszawa), małopolskim (Kraków) i śląskim (Gliwice). Który oddział NFZ jest właściwy do opiniowania prognoz przychodowych dla całego NIO-PIB? Czy program naprawczy powinien być kierowany do wszystkich trzech oddziałów, a jeśli tak — jak należy rozumieć 14-dniowy termin na zajęcie stanowiska w przypadku rozbieżności stanowisk poszczególnych oddziałów?

Odpowiedź: W takim przypadku program należy skierować do trzech wojewodów. Stanowisko przedstawia wojewoda właściwy ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. W omawianym przypadku będą to wojewodowie: małopolski; mazowiecki i śląski. I analogicznie program naprawczy przekazuje się trzem dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ.

Stanowiska mają charakter informacyjny; nie wiążący. W przypadku rozbieżności decyzję podejmuje kierownik podmiot tworzącego.

Pytanie: Czy jeśli mamy obecnie zatwierdzony program naprawczy na lata 2024-2026, to czy na nowych zasadach sporządzony zostanie PN dopiero w przypadku straty za rok 2026?

Odpowiedź: tak

Pytanie: Program naprawczy mają obowiązek sporządzać jednostki, które wykazały na koniec roku stratę netto przekraczającą 1% przychodów ...Czy chodzi o przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi czy przychody ogółem - łącznie z finansowymi i pozostałymi przychodami operacyjnymi?

Odpowiedź: art. 59 ust. 4 uodl: strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1 % sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych

Pytanie: Czy SPZOZ, który miał stratę za 2023 i/lub 2024 rok i pisał programy naprawcze na lata 2024-2026 (zatwierdzone przez podmiot tworzący) oraz wygenerował stratę za rok 2025 musi pisać program naprawczy wg nowych zasad – na platformie, czy też może przekazać ten obowiązujący na lata 2024-2026 program naprawczy do NFZ i do Urzędu Wojewódzkiego nie na obowiązującej platformie a przez e-Doręczenia?

Odpowiedź:

Programy naprawcze, sporządzone na podstawie dotychczasowych przepisów, zatwierdzone przed dniem przed 17 września 2025 r. realizuje się na podstawie przepisów dotychczasowych.

Pytanie: Czy podmioty lecznicze funkcjonujące w formie spółek z o.o., jeżeli wygenerowały stratę, która określona została ustawowo, również są zobligowane do sporządzenia programu naprawczego?

Odpowiedź: Tak. Obowiązek dotyczy podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz jeżeli Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu.

Pytanie: Jaki jest termin składania programów naprawczych przed podmioty w formie sp. z o.o.?

Odpowiedź: Zarząd spółki sporządza w terminie 3 miesięcy od dnia upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego program naprawczy na okres nie dłuższy niż 3 lata.

Pytanie: Organ tworzący ma miesiąc na zatwierdzenie programu naprawczego, ale licząc od przekazania mu programu w momencie jak przekazujemy też do opiniowania do UW i NFZ czy już po pojawieniu się opinii wyżej wymienionych organów i przekazaniu ich do organu tworzącego?

Odpowiedź: Program naprawczy jest przekazywany:

1. W pierwszym etapie (równocześnie):
 - 1) dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewodzie – do zaopiniowania;
 - 2) podmiotowi tworzącemu (nadzorującemu) – do wiadomości.

2. W drugim etapie (po uzyskaniu stanowisk ww. podmiotów) – podmiotowi tworzącemu (nadzorującemu), wraz z tymi stanowiskami oraz po wprowadzeniu ewentualnych zmian – do zatwierdzenia.

Pytanie: Po naniesieniu korekty w programie naprawczym uwzględniającej uwagi UW czy NFZ obejmujące uwagi dotyczące pkt 1-6 i po wystąpieniu do ponownego opiniowania- czy wydłuża się czas organu tworzącego na zatwierdzenie programu naprawczego? Kiedy jest ostateczny termin dla organu tworzącego na zatwierdzenie programu naprawczego w momencie, kiedy następują korekty w programie naprawczym i ponowne opiniowanie?

Odpowiedź: Na tym etapie (po otrzymaniu stanowisk) jeśli podmiot leczniczy wprowadzi zmiany, niezależnie od ich charakteru, przekazuje jedynie program do zatwierdzenia podmiotowi tworzącemu (nadzorującemu). Natomiast do zmiany zatwierdzonego programu naprawczego (w trakcie jego realizacji) w zakresie, o którym mowa w art. 59 ust. 6 pkt 4–9, stosuje taką samą procedurę jak przy sporządzaniu programu, tj. opiniowanie i zatwierdzanie.

Pytanie: Czy I kwartał dla sprawozdań z programu naprawczego liczony jest jako 3 miesiące od dnia zatwierdzenia programu naprawczego?

Odpowiedź: Jeśli rozpoczęcie realizacji programu naprawczego nie rozpoczyna się z początkiem roku; przez kwartał należy rozumieć 3 kolejne miesiące od rozpoczęcia realizacji programu.

Pytanie: Czy będzie stworzony wzór opinii, co powinna zawierać?

Odpowiedź: Ustawodawca określił zakresy stanowisk. Natomiast nie określił wzoru tych stanowisk.

Pytanie: Czy obowiązek sprawozdawczy obowiązuje również wobec programów naprawczych zatwierdzonych przed 17 września 2025 r.?

Odpowiedź: Nie. Nie obowiązuje.

Pytanie: W sprawie prognoz - czy do planu finansowego możemy ująć na 2026 rok i w kolejnych latach wzrost wynagrodzeń od 1 lipca w ramach ustawy o minimalnym wynagrodzeniu dla personelu medycznego oraz nadwykonania nielimitowane i limitowane. czy ujęcie wpływa na opinię NFZ. Jak do tego podejść? oczywiście chodzi o przychody NFZ w tym koszty z tytułu wzrostu wynagrodzeń

Odpowiedź: Kwestia dotycząca stanowiska zajmowanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, w tym jego zakresu, została określona w art. 59a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i pozostaje ona w jego wyłącznej kompetencji, z uwzględnieniem zakresu działań NFZ określonego w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do kwestii ujęcia przychodów z tytułu udzielonych świadczeń ponadlimitowych w sporządzanych prognozach należy przypomnieć, że NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie. Nadwykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w trakcie każdego okresu rozliczeniowego w terminach i skali wynikającej z poziomu wolnych środków bieżącego planu finansowego, a ostatecznie rozliczenie za każdy rok następuje w pełni. Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń

zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważana w konkretnej sytuacji wynikającej m.in. z dysponowania przez NFZ dodatkowymi środkami finansowymi.

W odniesieniu do ujęcia skutków wzrostu wynagrodzeń informuję, że przedmiotem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia są obecnie m.in. kwestie związane z ewentualnymi zmianami w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Z ustaleń z partnerami społecznymi wynika, że kwestie zmian w regulacjach dotyczących systemowego kształtowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia są w pierwszej kolejności omawiane właśnie na forum Trójstronnego Zespołu.

Pytania dotyczące kwestii merytorycznych

Arkusz 1.Struktura_org

Pytanie: W naszym szpitalu figuruje program lekowy botulina. Czy prawidłowo przyporządkowane jest w zakładce 1 (Struktura Org), kolumna K (rodzaj OPK) – stacjonarny?

Odpowiedź: Zgodnie ze Standardem Rachunku Kosztów programy lekowe nie wymagają tworzenia odrębnych OPK. Ewidencja kosztów związanych z zakupem leków stosowanych w związku z programami lekowymi jest ujęta na koncie księgowym 401-02-02 w planie kont, gdzie ustawodawca dopuszcza, aby na trzecim i czwartym poziomie analityki świadczeniodawca rozbudował sobie strukturę kont dedykowanych programom lekowym, lekom w zależności od własnych potrzeb, w OPK gdzie program jest realizowany.

Jeżeli już jednak taki OPK funkcjonuje, należy określić jego charakter na podstawie sposobu realizacji świadczenia.

Pytanie: Kolumna 6 część VII czy VIII RPWDL?

Odpowiedź: W kolumnie 5 należy wpisać kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną w strukturze organizacyjnej zakładu leczniczego, stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, natomiast w kolumnie 6 nazwę komórki identyfikowanej tym kodem.

Pytanie: A co jeśli w szpitalu jest Oddział Anestezjologii i ma tylko kod resortowy 4950 - nie jest rozdzielany na dwa kody - całego go zaliczyć do 507?

Odpowiedź: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w którym odbywają się hospitalizacje pacjentów, jest oddziałem szpitalnym, powinien mieć przypisany kod funkcji 504 i kategorii OPK: stacjonarny.

Pytanie: Nie mam w księdze rejestrowej wydzielonego działu anestezjologii z kodu 4950, rozumiem że wpisuję dział anestezjologii z OPK-iem na samym końcu tabeli bez informacji z kolumny 3 i 4?

Odpowiedź: Jeżeli jest wydzielony taki OPK, można w kolumnach od 3 do 6 powielić informacje takie jak dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Pytanie: Jak zapisać oddziały, które w OPK są łączone np.: oddział chorób wewnętrznych z pododdziałem geriatrycznym.

Pytanie: Jak wykazać OPK, który składa się z dwóch działalności, a co za tym idzie dwóch kodów RPWDL? Przykład Oddział Rehabilitacyjny i Rehabilitacji Neurologicznej.

Pytanie: Jeżeli w księdze rejestrowej mam zarejestrowane dwa oddziały (neurologii 4220 i udarowy 4222) a OPK mam na 504 (łącznie na oddział neurologii i udarowy) czy wtedy w tabeli 1 powinnam ująć oddział udarowy, choć nie mam na niego OPK.

Pytanie: Jeśli w RPWDL jest wymieniona osobno ambu-Psychiatria, ambu-psycholog i leczenie uzależnień a do tego mamy 1 OPK Poradnia Zdrowia Psychicznego co swego czasu było zalecane to w części dla OPK mamy wykazać ten OPK 3 razy? tak? powtarzamy ten OPK przy każdej komórce RPWDL?

Odpowiedź: Struktura OPK powinna być spójna ze strukturą organizacyjną podmiotu leczniczego. Jeśli w RPWDL figurują dwie osobne komórki organizacyjne (np. oddział chorób wewnętrznych i osobno pododdział geriatryczny), powinny one stanowić odrębne OPK.

W przypadku, kiedy OPK nie został rozdzielony, a w RPWDL są to dwie komórki organizacyjne, należy rozpisać je w dwóch wierszach, z tym samym numerem OPK, ale z różnymi numerami kodów resortowych, wynikającymi z księgi rejestrowej – jeżeli podmiot jest w stanie rozdzielić wszystkie uzupełniane dalej informacje na te dwie komórki (przychody, koszty, łóżka, pacjentów, personel itd.). Jeżeli natomiast rozdzielenie wszystkich wspomnianych danych nie jest możliwe, wówczas należy w arkuszu wpisać komórkę nadrzędną (w tym wypadki oddział chorób wewnętrznych) a w uwagach zamieścić informację o tym, z jakich komórek składa się OPK i wymienić kody resortowe części VIII.

Jeżeli natomiast w RPWDL jest to jedna komórka organizacyjna, wówczas wpisu dokonuje się w jednym wierszu.

Pytanie: Czy jeśli w oddziale np. kardiologii jest pracownia hemodynamiki, ale nie posiada nr w księdze, ale posiada OPK 507 to czy te pracownie dopisujemy pod oddziałem czy dopisujemy na końcu tabeli?

Odpowiedź: Umiejscowienie w tabeli nie ma znaczenia.

Pytanie: Czy laboratorium należy tak samo rozpisać jak TK?

Odpowiedź: Tak. Żaden OPK proceduralny (kod funkcji 507) nie jest OPK finalnym i koszty na nim gromadzone powinny być finalnie alokowane na inne OPK (np. na OPK zlecające badania, sprzedaż komercyjną itd.).

Pytanie: Co, jeśli kod resortowy jest kodem własnym jednostki? Nie ma go w rozporządzeniu dotyczy działalności komercyjnej, nie związanej z usługami medycznymi np. produkcja wody mineralnej? Ma jednak realny wpływ na sytuację jednostki.

Odpowiedź: Jeżeli dany OPK nie posiada kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, pole należy pozostawić puste.

Pytanie: A co, jeśli nie ma takiego podziału na OPK 530, 507 tylko SOR jest w jednym OPK?

Odpowiedź: W takim wypadku należy wpisać jeden OPK.

Pytanie: Czy każda komórka organizacyjna, która jest wpisana do RPWDL - ma być wpisana do tabeli (co w przypadku, jeżeli mamy zarejestrowaną np. poradnię, ale nie została uruchomiona ze względu na brak refundacji NFZ).

Odpowiedź: Do arkusza wpisać należy wszystkie komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturze podmiotu wraz z odpowiadającymi im ośrodkami powstawania kosztów (OPK). Jeżeli wspomniana poradnia nie funkcjonowała, bo nie została uruchomiona, nie wiązały się z nią żadne przychody ani nie poniesiono kosztów, wówczas nie ma obowiązku jej umieszczania w arkuszu, gdyż nie da się dla niej uzupełnić żadnych danych ani przeprowadzić analiz.

Pytanie: Czy wpisuję wszystkie komórki organizacyjne do tabeli nawet jak nie ma do nich OPK.

Odpowiedź: Zgodnie z rozporządzeniem zakres danych obejmuje: 1) komórki organizacyjne, 2) jednostki organizacyjne, 3) zakłady lecznicze.

Pytanie: Co z OPK które np. wygasły z dniem 30.09.2025, czy też muszą być wymieniane w tabeli?

Odpowiedź: Nie, o ile nie mają znaczenia dla dokonania analizy aktualnego stanu podmiotu oraz projektowanych działań naprawczych.

Pytanie: Szpital posiada OPK 520 przeznaczone na działalność badawczo-rozwojową, w tym badania kliniczne. Każde badanie kliniczne ma nadany odrębny nr OPK. W związku z tym pojawia się pytanie dotyczące prezentacji danych w tabeli **StrukturaOrg** : czy w takim przypadku należy wykazywać każde badanie kliniczne jako osobną pozycję, czy dopuszczalne jest zastosowanie agregacji (np. ujęcie zbiorcze w ramach OPK 520 lub grupy badań)?

Odpowiedź: Dopuszczalne jest zastosowanie agregacji, jeżeli analiza każdego takiego OPK oddzielnie nie ma wpływu na wnioski dotyczące sytuacji podmiotu oraz formułowanie działań naprawczych.

Pytanie: Czy tabela ma odzwierciedlać strukturę organizacyjną taką jaką ma szpital na dzień sporządzenia audytu czy prawidłową, jeżeli odbiega ona od wzorca?

Odpowiedź: Tabela ma odzwierciedlać faktyczną strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego na dzień sporządzania programu naprawczego.

Pytanie: Bardzo bym prosiła o przekazanie początkowej informacji dot. struktury - wiem że nie należy dostawiać wierszy - po ile razy należy wpisywać komórkę organizacyjną, aby nie dostawiać wierszy - czym konkretnie się wzorować.

Odpowiedź: W arkuszu umieścić należy wszystkie komórki organizacyjne składające się na strukturę podmiotu leczniczego, wraz z przypisanymi do nich ośrodkami powstawania kosztów (OPK). Każdą komórkę organizacyjną wpisać należy jeden raz albo tyle razy, ile OPK jest do niej przypisanych (jeżeli istnieje taka sytuacja).

Pytanie: Czy w 1 arkuszu wpisujemy też OPK komercyjne np: 545-9945-30 Usługi komercyjne-ksero dokumentacji medycznej

Odpowiedź: Tak.

Pytanie: Czy te kategorie z kolumn C i D (np. 01 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne) ustalamy sami, dokonujemy kategoryzacji OPKów wg własnego uznania? Czy to jakiś określony katalog? I czy istnieje jakiś "słowniczek" mapujący, który wskazywałby które OPK należą do której grupy?

Odpowiedź: Kategorie z kolumn od 1 do 7 należy wypełnić zgodnie z księgą rejestrową.

Pytanie: Na szybko wypełniłyśmy jeden wiersz dla poradni specjalistycznej i w kol. 11, gdzie wybrałyśmy kod funkcji 501 i kod resortowy 1220 i rodzaj ambulatoryjna świeci nam się na czerwono, dlaczego?

Odpowiedź: Prawdopodobnie jest to kwestia posiadanej wersji programu Excel.

Arkusz 3.1 – Analiza Otoczenia

Pytanie: Czy przypadkiem dane demograficzne to nie zadanie dla socjologów i na poziomie miasta, regionu, województwa? Jak pojedynczy szpital w mieście wojewódzkim ma/może samodzielnie wykonać pełną, poprawną analizę otoczenia?

Odpowiedź: Przeprowadzenie analizy otoczenia ma na celu dostarczenie informacji, które mogą zostać wykorzystane przy definiowaniu działań naprawczych.

Arkusz 3.2 – Analiza Konkurencji

Pytanie: Jaka odległość w kilometrach determinuje, że dany podmiot jest konkurencją dla naszej jednostki a jaki nie?

Odpowiedź: Na aspekt konkurencji patrzeć należy w pierwszej kolejności przez pryzmat profilu, rodzaju udzielanych świadczeń, kategorii podmiotu. Należy uwzględnić zarówno podmioty położone w bezpośrednim sąsiedztwie, jak i te zlokalizowane w większej odległości, jeśli ich oferta lub dostępność świadczeń może mieć istotny wpływ na przepływ pacjentów

Pytanie: W przypadku szpitala konkurencyjnego - wartość umowy z NFZ ma zostać podana dla całego zakresu działalności czy tylko dla wspólnych zakresów?

Pytanie: Czy opis konkurencji ma być szczegółowy tj. czy rozpisać oddziały, czy tylko ująć tylko te które się pokrywają?

Pytanie: W informatorze o umowach nie ma wartości zakresów ryczałtowych jak zatem porównywać poszczególne jednostki organizacyjne?

Pytanie: czy wartość umów w podmiotach konkurencyjnych powinny być podane w całości dla danego świadczeniodawcy czy tylko w zakresach pokrywających się z zakresami w naszej jednostce?

Odpowiedź: Analiza konkurencji obejmuje między innymi analizę kompatybilności lub pokrywania się zakresów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych na danym obszarze. W tabeli podać należy wartość całej umowy konkurencyjnego podmiotu, natomiast w polu uwagi zawrzeć można efekty przeprowadzonej analizy. W instrukcji szeroko opisane zostało, pod jakim kątem należy analizować ten obszar.

Pytanie: Liczba łóżek - proszę o informację, jakie łóżka mają zostać uwzględnione (czy tylko ogółem)? Czy również np. na stacji dializ, dziennego pobytu, itp.

Odpowiedź: W tabeli wskazać należy łączną liczbę łóżek (według stanu na ostatni dzień roku sprawozdawczego, zgodnie z danymi przekazywanymi do RPWDL).

Arkusz 3.3 – Analiza Map Potrzeb

Pytanie: Czy w związku z koniecznością analizy z mapami potrzeb zdrowotnych- należy jeszcze odnosić się do mapy na 2022-2026 czy już do nowej czy do obu?

Odpowiedź: Dokumenty należy sporządzać w oparciu o Mapę potrzeb zdrowotnych obowiązującą w momencie składania dokumentacji.

Arkusz 3.4.1 – Analiza stat-med. OPK AMB

Pytanie: Czy czas pracy Poradni dotyczy całego roku 2025 czy jednego miesiąca?

Odpowiedź: Należy podać sumę rzeczywistych godzin pracy danego OPK, obejmującego wszystkie gabinety wskazane w kolumnie 6, w badanym okresie

Pytanie: Proszę o informację dot. pacjenta unikatowego czy dotyczy to tylko jednej komórki czy całego szpitala?

Odpowiedź: Unikatowy pacjent dotyczy danego OPK.

Arkusz 3.4.3 – Analiza stat-med. OPK SOR

Pytanie: Co z pacjentami z kategorią 0? jeżeli nie weźmiemy ich pod uwagę to liczba wszystkich pacjentów będzie mniejsza niż suma pacjentów z kategorii I-VI

Odpowiedź: pacjenci z kategorią "0" to tacy, którzy zgłosili się na SOR - byli zarejestrowani, "przesegregowani", ale po wstępnej ocenie stanu zdrowia zostali odesłani do lekarza POZ lub, po wystawieniu recepty, do domu. Należy tych pacjentów zakwalifikować do grupy pacjentów z kategorii I-IV.

Arkusz 3.4.4– Analiza stat-med. OPK STA

Pytanie: Liczba unikalnych pacjentów - oznacz pacjentów bez przeniesień międzyoddziałowych? tj. w ramach 1 numeru księgi głównej?

Odpowiedź: Jest liczba leczonych pacjentów z ruchem chorych (kolumna 7) – należy podać liczbę wszystkich pacjentów przebywających w danym OPK w analizowanym okresie, niezależnie od pobytu również w innych oddziałach w trakcie tej samej hospitalizacji.

Pytanie: Czy liczba hospitalizacji w trybie planowym i nagłym oznacza tryb przyjęcia?

Odpowiedź: Tak.

Pytanie: Oddziały zabiegowe - kolumna 11 liczba zabiegów powinna dotyczyć tylko zabiegów wykonanych w strukturze oddziału (najczęściej mniejsze procedury np. ginekologiczne), czy łączna liczba zabiegów razem z tymi wykonanymi na bloku operacyjnym?

Odpowiedź: Podać należy liczbę hospitalizacji, w trakcie których przeprowadzony został przynajmniej jeden zabieg (hospitalizacje rozliczone JGP albo innym produktem rozliczeniowym o charakterze zabiegowym).

Arkusz 3.5.1– Analiza OPK Zasoby Ludzkie

Pytanie: W kolumnie 10 wykazujemy wynagrodzenie wszystkich lekarzy tj, lekarze stażysty, rezydenci i specjaliści?

Odpowiedź: Należy wskazać całkowity koszt zatrudnienia wszystkich lekarzy na umowie o pracę w analizowanym okresie, obejmujący wynagrodzenie brutto pracownika oraz koszty ponoszone przez pracodawcę (wynagrodzenie brutto-brutto).

Pytanie: Kolumna 7,8 - uwzględniamy tylko UOP, czy wszystkie rodzajowe? Ustyszałem dwie wersje.

Odpowiedź: Kolumny dotyczą wszystkich rodzajów umów realizowanych w podmiocie w analizowanym okresie.

Pytanie: Co w przypadku, gdy nie znam czasu jaki jest potrzebny do wykonania procedury? jak wyliczyć etat za procedurę?

Pytanie: kolumna 14 "Liczba etatów przeliczeniowych dla procedur/ryczałtu - w ramach UCP". W jaki sposób szpital ma ustalać wymiar etatu dla lekarzy rozliczanych od procedur. Jeśli szpital rozlicza ją od procedur, to nie monitoruje czasu pracy takich lekarzy, tylko monitoruje ile lekarz wykonał procedur.

Odpowiedź: Przeliczenia można dokonać:

- na podstawie faktycznego czasu pracy (godziny, dyżury, harmonogramy),
- lub – jeżeli ewidencja czasu nie jest dostępna – na podstawie liczby wykonanych procedur.

W takim przypadku należy:

1. określić szacowany średni czas realizacji danej procedury przez pracownika,
2. obliczyć: liczba procedur × średni czas realizacji,
3. zsumować czas dla wszystkich procedur,
4. podzielić wynik przez 160 godzin, otrzymując wymiar etatu przeliczeniowego.

Jednocześnie należy rozważyć wprowadzenie ewidencji czasu pracy, niezależnie od przyjętej formy rozliczeń.

Pytanie: nie pracują u nas pielęgniarki w ordynacji dziennej od 14-21 i co wtedy podajemy?

Pytanie: A co w przypadku pracy w godzinach 7-19 i 19-7? Godziny trzeba przeliczać do 19 czy dodać różnicę między 19 a 21?

Odpowiedź: W kolumnach 20-22 należy uzupełnić dane wg harmonogramów i ewidencji prowadzonej przez podmiot. Które godziny przypadają do ordynacji wynika z ewidencji podmiotu i ustala je sam podmiot (może być różny w poszczególnych OPK). Może się zdarzyć, że występują tylko 2 ordynacje. Zgodnie z instrukcją, jeżeli w podmiocie przyjęty jest dwuzmianowy system pracy, wówczas liczbę etatów przeliczeniowych dla zmiany dziennej wpisać należy w kolumnie 20, dla zmiany nocnej w kolumnie 22, natomiast w kolumnie 21 wpisać zero.

Pytanie: Jak przedstawić etatyzację pielęgniarek w podmiocie, w którym obowiązują w różnych OPK różne zasady zmianowości w tej grupie zawodowej - od 6.00 do 13.35, od 7.00 do 14.35, od 6.00 do 18.00 i od 18.00 do 6.00?

Odpowiedź: Dane podać należy dla każdego OPK oddzielnie i liczbę etatów podać zgodnie z harmonogramem zmian przyjętym w tym OPK.

Pytanie: Kolumny od 29 do 32. co rozumiemy przez całkowite koszty osobowe? czy oprócz brutta pracownika wykazujemy koszty ponoszone przez pracodawcę?

Pytanie: Proszę o informację dotyczącą kosztu wynagrodzeń brutto brutto do zakładki 3.5 to wszystkie obciążenia konta 405 czy tylko składki opłacane przez pracodawcę bez szkoleń, zfsś, bhp, ppk.

Odpowiedź: Całkowite koszty osobowe to wszystkie koszty ponoszone przez podmiot w związku z zatrudnieniem pracownika na umowę o pracę (w tym także te ponoszone przez pracodawcę), umowę o dzieło/ zlecenie/ podwykonawstwo medyczne (pełna wartość brutto faktury/rachunku).

Pytanie: Kolumna 6 - jest zaczytywana z formuły. Skąd będą te dane?

Odpowiedź: Dane, z których korzysta formuła, pochodzą z innych kolumn tej tabeli.

Pytanie: Kolumna 24 - wartość kosztów osobowych UOP - jakich dokładnie kosztów ? (z zus, ppk, zfsś?) czy mamy odjąć np. zasiłki chorobowe i inne opłacane przez zus ? co z kosztami na odzież roboczą?

Pytanie: Czy do kosztów wynagrodzeń uwzględniamy również zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)?

Odpowiedź: Podać należy całkowity koszt zatrudnienia w analizowanym okresie, obejmujący wynagrodzenie brutto pracownika oraz koszty ponoszone przez pracodawcę. Świadczenia wypłacane przez ZUS nie stanowią kosztu pracodawcy.

Pytanie: Czy wykazujemy personel finansowany z zewnątrz?

Odpowiedź: Tak, w zestawieniu należy uwzględnić wszystkich pracowników faktycznie zatrudnionych i wykonujących pracę w danym OPK, niezależnie od źródła finansowania wynagrodzeń, gdyż celem jest odzwierciedlenie rzeczywistego stanu zasobów kadrowych.

Pytanie: W temacie etatów oraz wynagrodzeń, co w sytuacji, kiedy szpital korzysta z firm zewnętrznych w zakresie zatrudniania personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek)? Czy w podanych kolumnach również uwzględniamy dane tych pracowników?

Odpowiedź: Tak, gdyż te osoby podlegają analizie potencjału kadrowego podmiotu.

Pytanie: Czy koszty innych świadczeń na rzecz pracowników (w tym głównie narzut funduszu socjalnego) również powinniśmy ująć w sumie kosztów osobowych?

Odpowiedź: W arkuszu należy wpisywać wartości brutto-brutto (zostało to skorygowane). Zasiłki chorobowe wypłacane z ZUS nie stanowią kosztu pracodawcy. Podobnie świadczenia z ZFŚS nie są elementem wynagrodzenia brutto i nie zwiększają kosztu płac pracodawcy – są finansowane z wyodrębnionego funduszu socjalnego, który pracodawca zasila wcześniej w formie odpisu.

Pytanie: Dzień dobry, w arkuszu 3.4.6 – Analiza statystyczno-medyczna podajecie Państwo normę czasu pracy jako 7:35h, natomiast w arkuszach dot. zasobów ludzkich etat przeliczeniowy i "ordynację normalną" przeliczamy do 160h miesięcznie. Czy zatem w arkuszach 3.5.1 i 3.5.2 etat pracownika pracującego od pon do pt w godzinach 7:00-14:35 przeliczymy jako 0,95 etatu?

Odpowiedź: Należy przyjąć taki wymiar etatu, jaki jest określony w umowie z pracownikiem. Jeżeli nie zostało to wskazane, wymiar etatu należy określić przyjmując 160 godzin miesięcznie.

Pytanie: Proszę o doprecyzowanie jakie koszty powinniśmy uwzględnić w arkuszu 3.5.1. kolumna 10 - zgodnie z instrukcją "całkowity koszt zatrudnienia", czy zaliczamy zatem również takie koszty jak np. PPK, koszty badań okresowych, BHP? Analogicznie w arkuszu 3.5.2. kolumna 5 kwota wynagrodzeń UOP w instrukcji = całkowite koszty osobowe, co zaliczamy, tak jak powyżej, czy może tylko wynagrodzenie + oskładkowanie?

Odpowiedź: Podać należy całkowity koszt zatrudnienia w analizowanym okresie, obejmujący wszystkie koszty klasyfikowane w podmiocie jako koszty osobowe.

Arkusz 3.5.2– Analiza OPK Zasoby Ludzkie

Pytanie: Liczba etatów przeliczeniowych- kolumna 3 / liczba osób na UOP -kolumna 4. Czy mamy przeliczać stany dzienne, miesięczne? Co z osobami np. na zwolnieniach lekarskich, urlopach bezpłatnych etc.?

Odpowiedź: Należy podać wartości średnioroczne.

Pytanie: Kolumna 5 - kwota wynagrodzeń (jakie składniki mają być brane pod uwagę w tym zakresie?, czy również zasiłki chorobowe, macierzyńskie, wynagrodzenia za czas choroby, nagrody jubileuszowe, odprawy ? Rozumiem, że bez ZUS.

Odpowiedź: Należy wpisać wartość całkowitych kosztów osobowych w analizowanym okresie.

Pytanie: Kolumna 6 liczba osób na umowie UCP - czy wszystkie osoby, z którymi mieliśmy podpisane umowy w 2025r? Czy tylko aktywne osoby, które faktycznie pracowały w roku 2025r.?

Odpowiedź: Te osoby, do których odnosi się koszt poniesiony w analizowanym okresie.

Pytanie: Kolumna 13,14,15 - jakie wynagrodzenie mam przyjąć do przeliczenia minimalnej, maksymalnej stawki, jakie wynagrodzenie mam przyjąć do przeliczenia średniego wynagrodzenia brutto n-1 (rok poprzedni) czyli rok 2025r. ?

Odpowiedź: Należy przyjąć wynagrodzenie tzw. brutto-brutto.

Pytanie: Kolumna 18 - jakie dodatki mamy wziąć tutaj pod uwagę?

Odpowiedź: Pole określa udział dodatków o charakterze stałym w całkowitej kwocie dodatków do wynagrodzeń. Umożliwia ocenę, jaka część dodatków ma charakter trwały (regularny), a jaka ma charakter zmienny. Do dodatków stałych zalicza się w szczególności: dodatek stażowy (za wystugę lat), dodatek funkcyjny, dodatek specjalny, dodatek za stopień naukowy, dodatek za pracę w warunkach szkodliwych oraz dodatki za dyżury wynikające z harmonogramu, jeżeli mają charakter stały.

Pytanie: w arkuszu opis: w kolumnach: 2,3,4,6,8 i 10 dane mają być na koniec roku sprawozdawczego, a w instrukcji: w kolumnach 4 i 6 należy podać średnioroczną liczbę osób w danej formie zatrudnienia. Wg których wytycznych przedstawić dane?

Odpowiedź: Należy podać dane średnioroczne. Zostało to skorygowane.

Pytanie: Czy uwzględnić sam zarząd i administrację czy obsługę też?

Odpowiedź: W wierszu 21 należy uwzględnić wszystkich pracowników, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Pytanie: Czy do wynagrodzenia brutto wliczamy zasiłki chorobowe wypłacane z ZUS oraz tzw. "wczasy pod gruszą" wypłacane z ZFŚS?

Odpowiedź: W arkuszu należy wpisywać wartości brutto-brutto (zostało to skorygowane). Zasiłki chorobowe wypłacane z ZUS nie stanowią kosztu pracodawcy. Podobnie świadczenia z ZFŚS nie są elementem wynagrodzenia brutto i nie zwiększają kosztu płac pracodawcy – są finansowane z wyodrębnionego funduszu socjalnego, który pracodawca zasila wcześniej w formie odpisu.

Pytanie: Wskaźnik rotacji pracowników, czy uwzględnić personel który odszedł w całym roku czy tak jak jest w pliku tylko ci którzy odeszli na koniec roku?

Odpowiedź: Odpowiedź na to pytanie znajduje się w instrukcji: Wskaźnik pokazuje jaka część zatrudnionych pracowników odchodzi z organizacji w danym okresie. Służy do oceny stabilności zatrudnienia oraz identyfikacji problemów kadrowych, takich jak niedobory personelu medycznego czy wysokie koszty rekrutacji.

Wzór: Wskaźnik rotacji = (Liczba pracowników którzy odeszli w okresie/ Średnia liczba pracowników w okresie) x 100%.

Jeśli wynik mieści się w granicach 0-10% oznacza niską rotację, 10-20% oznacza średnią rotację, a powyżej 20% - wysoką rotację, która może wskazywać na problemy organizacyjne lub/i płacowe.

Pytanie: Maksymalna stawka (lekarz - kontrakt) czy uwzględnić w stawce godzinowej tylko za czas faktycznie przepracowany? czy uwzględnić wynagrodzenie za procedury, ryczałt itp.?

Odpowiedź: Należy uwzględnić całkowite wynagrodzenie.

Pytanie: Czy minimalną/maksymalną stawkę podajemy z umowy o pracę ze składnikami zmiennymi tj. dod.45%, 65%, 20%, nadgodziny? Z umowy o pracę podajemy brutto z zusem zakładu?

Odpowiedź: Należy podać stawkę tzw. brutto-brutto.

Pytanie: Dane w kolumnie 13 i 14 czyli koszt godziny pracy jest w ten sposób nieporównywalny dla pracownika na umowie o pracę, umowie-zleceniu czy kontrakcie. Pracownikowi na umowie o pracę płacimy też za nieobecności (urlop, zwolnienie lekarskie, szkolenia). Na umowach zleceniu i kontraktach za to nie płacimy. Należałoby przyjąć jakiś przelicznik, np. przy umowie o pracę koszt roczny (12 miesięcy) podzielony przez 9 miesięcy (3 miesiące to nieobecności będące kosztem pracodawcy). Czy tak policzone nie byłoby bliższe rzeczywistości?

Odpowiedź: Analiza ma na celu pokazanie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez pracodawcę w przeliczeniu na godzinę wynikającą z wymiaru zatrudnienia. Jednocześnie nic nie stoi na przeszkodzie, aby podmiot uzupełnił ją o analizę efektywnych stawek godzinowych, jeśli uzna to za zasadne lub potrzebne.

Pytanie: Z układu tabeli 3.5.2 wynika, że wskaźnik rotacji pracowników [8], wskaźnik niedoborów kadrowych [9], średni wiek [10] należy analizować nie tylko w podziale na grupy zawodowe ale szczegółowej na grupy zawodowe z podziałem na grupy wynikające z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu. Ustalenie tego w takim podziale jest niemożliwe. Normy pielęgniarek mówią o wskaźniku PIEŁĘGNIARKI na łóżko, a nie pielęgniarki na łóżko z podziałem na poszczególne grupy wynikające z ustawy o min. wynagrodzeniu.

Odpowiedź: Przytoczone wskaźniki nie mają nic wspólnego z normami zatrudnienia w przeliczeniu na łóżko. Wskaźnik rotacji pracowników pokazuje jaka część zatrudnionych pracowników odchodzi z organizacji w danym okresie i jest możliwy do obliczenia w podziale na kategorie personelu wskazane w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu. Podobnie średnia wieku, która odnosi się do osób pracujących w analizowanym okresie. Ewentualnej trudności może nastręczyć jedynie zastosowanie takiego podziału do wskaźnika niedoborów kadrowych – w takim wypadku dopuszczalne jest podanie takiej informacji dla całej grupy pielęgniarek, bez podziału.

Pytanie: W arkuszu 3.5.2 w kolumnie 17 obliczana jest dynamika wzrostu wynagrodzeń r/r z kolumn 15 i 16. Według instrukcji w kolumnie 15 podajemy średnie wynagrodzenie n-1 które "nie obejmuje natomiast kosztów pracodawcy." W kolumnie 16 średnie wynagrodzenie brutto n oblicza się na podstawie kolumny 5, gdzie kwota wynagrodzeń wg instrukcji = całkowite koszty osobowe - tj. z kosztami pracodawcy? Jak zatem ocenić dynamikę?

Odpowiedź: Przyjąć należy wynagrodzenie tzw. brutto-brutto. Zostało to skorygowane.

Arkusz 3.6.1 – Analiza Sprzętu Medycznego

Pytanie: W kolumnie 5 Ocena stopnia zużycia [%] należy określić szacunkowy poziom zużycia danego aparatu w procentach – jak obliczyć/ oszacunkować taki poziom zużycia?

Odpowiedź: Oceny stopnia zużycia aparatury można dokonać na kilka sposobów, na przykład: na podstawie okresu eksploatacji vs. normatywnego czasu użyteczności, ocena techniczna/serwisowa, całkowity koszt obsługi vs. wartość odtworzeniowa albo połączenie tych trzech metod.

Pytanie: W kolumnie 10 (Wskaźnik dziennego wykorzystania sprzętu) jest formuła z liczbą 240 (domyślam się, że może to być np.: liczba dni roboczych w roku), natomiast w tabeli 3.4.6 w kolumnie 11 (dostępny czas poszczególnych bloków operacyjnych w dni robocze) jest liczba 251 - skąd taka różnica w ilości dni?

Odpowiedź: Liczba dni została uwspólniona.

Pytanie: Czy w tym arkuszu bierzemy pod uwagę sprzęt/aparaturę medyczną z umowy użyczenia? np. użyczenie z Urzędu Marszałkowskiego, WUM gdzie nie znamy wartości początkowej urządzeń.

Odpowiedź: Pod uwagę należy wziąć wszystkie użytkowane urządzenia strategiczne o wartości (w dniu zakupu) nie mniejszej niż 200 000 zł. Jeżeli brak jest informacji o wartości urządzenia, wówczas należy sprawdzić w dokumentach źródłowych (jeżeli jest to możliwe), użyć orientacyjnej wartości rynkowej na podstawie typu i roku produkcji (w uwagach zaznaczając ten fakt) bądź dokonać kwalifikacji sprzętu na podstawie szacunku strategicznego (ze względu na funkcję, typ, wagę w świadczeniach – w uwagach zaznaczając ten fakt). W kolumnie 13 stopień amortyzacji należy wybrać opcję nie dotyczy.

Arkusz 3.6.2 – Analiza Sprzętu Medycznego

Pytanie: Czy tutaj należy wpisać wszelkie braki dotyczące sprzętu w podmiocie leczniczym zgłaszane przez personel/dyrekcję czy braki w sprzęcie względem wymogów z obowiązujących przepisów prawnych, wymogów MZ NFZ?

Odpowiedź: Arkusz służy do zamieszczenia informacji o wszelkich brakach dotyczących sprzętu w podmiocie leczniczym, istotnych z punktu widzenia udzielania świadczeń oraz planowanych działań naprawczych. Nie ma to być „lista życzeń”.

Arkusz 3.7.2 – Analiza Infrastruktury-bud

Pytanie: W kolumnie 5 "Opis obszarów med i niemed (OPK)" - poproszę o uszczegółowienie. Czy np.: dla budynku A w jednym wierszu wypisujemy wszystkie OPK-i, czy każdy OPK w oddzielnym wierszu? To samo dotyczy kol. 6 "Wolne przestrzenie do zagospodarowania" wypisujemy w jednym wierszu dla całego budynku, czy w każdym wierszu przy danym OPK-u ?

Jak dokonać podziału na komercyjne i niekomercyjne jeśli wszystko wpisujemy do jednej komórki w tabeli skoro mamy podać m2 dla każdego pomieszczenia?

Odpowiedź: W każdym wierszu należy wskazać jeden budynek i – w kolejnych kolumnach w tym samym wierszu – wszystkie informacje odnoszące się do tego budynku.

Pytanie: Jak wykazać w analizie infrastruktury np. pracownię radiologii. która mieści się w dwóch budynkach i ma jeden OPK?

Odpowiedź: Wpisać ją w obu wierszach z adnotacją, że mieści się w dwóch budynkach.

Arkusz 3.9 – Analiza Działalności Inna

Pytanie: Co w sytuacji gdy mamy działalność badawczo rozwojową połączoną z komercją? jak ją zakwalifikować?

Odpowiedź: Można ująć ją w dwóch wierszach, na przykład:

Działalność badawczo-rozwojowa, w tym badania kliniczne -> działalność badawczo-rozwojowa

Działalność badawczo-rozwojowa, w tym badania kliniczne -> komercyjna

Arkusz 3.10 – Analiza Realizacji Umów NFZ

Pytanie: Czy w tabeli mają być ujęte również wartości dotyczące Funduszu Medycznego?

Odpowiedź: W tabeli mają być ujęte umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczące realizacji świadczeń, wraz z rodzajami oraz zakresami.

Pytanie: Jak ująć ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU RATUNKOWEGO DOSTĘPU DO TECHNOLOGII LEKOWEJ... gdzie jest jeden pkt umowy w umowie z NFZ, a realizowany jest w wielu komórkach?

Odpowiedź: W przypadku, gdy dany zakres jest realizowany w więcej niż jednym OPK a jego wartość nie jest rozdzielona pomiędzy te OPKi, należy dokonać jego podziału stosując klucz podziału, którym może być na przykład wartość zrealizowanych świadczeń.

Pytanie: Czy jeżeli w 2025 roku część umów wygaśnie 30.06.2025 i została zawarta nowa umowa od 1.07.2025 to czy trzeba rozbijać te umowy w arkuszu 3.10 na poszczególne umowy z NFZ czy scalać w całość do danego OPK?

Odpowiedź: Celem analizy powinna być ocena realnego poziomu finansowania w danym OPK, a nie historia zawierania poszczególnych umów. Jeśli umowa na ten sam zakres wygaśnie 30.06.2025 i została wznowiona od 01.07.2025 – można zsumować wartości obu umów.

Pytanie: Jak wpisać liczbę jednostek na koniec roku w przypadku kiedy rozliczenie końcowe umowy zostało dokonane w ugodzie (nie ma tam podanych liczby jednostek rozliczeniowych a cena za pkt też nie jest adekwatna do zakontraktowanej)?

Odpowiedź: W takim przypadku można przeliczyć wartość świadczeń objętych ugodą na liczbę jednostek rozliczeniowych, wykorzystując cenę jednostki określoną w ugodzie, a następnie zsumować ją z liczbą jednostek rozliczeniowych wynikającą z umowy właściwej. W analizie realizacji umów z NFZ cena jednostki rozliczeniowej jest kwestią wtórną.

Arkusz 3.11 – Analiza Zobowiązań

Pytanie: W związku z tym, że w analizie zobowiązań wymagane są dane również na 30 czerwca 2026, czy nie można napisać programu wcześniej? i przekazać do końca czerwca bez danych o zobowiązaniach na koniec czerwca 2026?

Odpowiedź: W sytuacji przekazania programu naprawczego w dniu, w którym podmiot leczniczy nie będzie jeszcze dysponował danymi z ksiąg rachunkowych o zobowiązaniach według stanu na 30 czerwca, należy wpisać dane prognozowane.

Pytanie: Co w sytuacji kiedy dane w jednym z kwartałów w "Strukturze zobowiązań" nie zostały poprawione- bazujemy na "niewłaściwych" danych czy wpisujemy zgodnie z księgami?

Odpowiedź: Dane w programie naprawczym powinny być aktualne, czyli zgodne z księgami rachunkowymi podmiotu leczniczego.

Arkusz 3.14.1 – Analiza Koszty Kluczowe

Pytanie: Proszę o informacje czy plik programu naprawczego w zakładach z danymi finansowymi wypełniamy w pełnych złoty czy w groszach

Odpowiedź: Wypełnić należy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Arkusz 3.15.1 – Analiza Finans OPK inne

Pytanie: Czy w kolumnie 18 (pozostałe przychody) należy ująć przychody z tyt. darowizn i dotacji? (na przykład w Oddziale Ortopedii należy ująć pozostałe przychody operacyjne dedykowane do Bloku Operacyjnego Ortopedii z tyt. dotacji? Czy ten przychód z Bloku Ortopedii ująć w kolejnej zakładce 3.15.2 analiza finansowa OPK PR?)

Pytanie: Czy w pozostałych przychodach ujmować przychody z tyt. dotacji? na przykład dotacja na bloku operacyjnym neurochirurgii - ująć ten przychód w tabeli 3.15.1 w opk zadaniowym (oddział neurochirurgii) czy w tabeli 3.15.2 przy opk blok operacyjny neurochirurgii?

Odpowiedź: Przychód należy ująć w tym arkuszu. OPK o kodzie funkcji 507, co do zasady, nie są OPK finalnymi i nie „gromadzą” przychodów.

Pytanie: Czy koszty procedur medycznych to wszystkie badania zakupione z zewnątrz?

Odpowiedź: Koszty procedur medycznych dotyczą zarówno badań zakupionych z zewnątrz jak i alokowane koszty z OPK proceduralnych (np. pracowni diagnostycznych, bloków operacyjnych).

Arkusz 3.15.2 – Analiza Finans OPK PR

Pytanie: Czy przychody za rezydentów z tomografii komputerowej wykazuję w 507 czy 504 lub 508 już po rozdziale, mimo że koszty bezpośrednie są w pracowni tomografii komputerowej?

Odpowiedź: OPK proceduralne o kodzie funkcji 507 nie gromadzą przychodów, dlatego należy je ująć już po rozdziale na OPK finalne. Wszystkie koszty pracowni tomografii komputerowej również zostaną rozdzielone na OPK finalne według przyjętego w podmiocie klucza.

Arkusz 3.15.3 – Analiza Finans OPK SOR

Pytanie: Izba Przyjęć (konto 503) przyporządkowane ma koszty pośrednie, z alokacji konta 530 Izby Przyjęć, nie ma kosztów bezpośrednich.

Odpowiedź: W takim przypadku całą wartość można wpisać w kolumnie 7.

Arkusz 5.1-5.3 – Wskaźniki Prognoza RZiS

Pytanie: W jaki sposób dane wpisywane na początku modelu wpływają na projekcję finansową? Bo z tego co widzę nie ma tam żadnych formuł obliczeniowych. W związku z tym jakie założenia odnośnie wzrostu wynagrodzeń w kolejnych latach ma przyjąć Podmiot? Co, jeśli okaże się, że w wyniku projekcji w kolejnych trzech latach Podmiot będzie przynosił jeszcze większe straty?

Odpowiedź: Program naprawczy powinien zawierać działania naprawcze, które doprowadzą do poprawy i uzyskania stabilnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, która powinna być przedstawiona w prognozie finansowej. Jeśli prognoza finansowa wskazywałaby na pogorszenie sytuacji finansowej oznaczałoby to, że program naprawczy nie naprawia sytuacji, a zatem nie może być uznany za program naprawczy i zatwierdzony.

Pytanie: Czy prognoza wskaźników z raportu ekonomiczno-finansowego spzoz na 3 lata może nie zawierać działań naprawczych? Działania zostaną ujęte w programie naprawczym w którym prognozy będą inne.

Odpowiedź: Zgodnie z art. 53a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156) raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinien być udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej w terminie do 15 maja, natomiast działania naprawcze mogą być przygotowywane w programie po tym terminie, dlatego też prognoza w ww. raporcie może różnić się od prognozy w programie naprawczym. Ważne, żeby prognoza w programie naprawczym uwzględniała wszystkie działania naprawcze.