

Pytania zadane podczas webinarium „Czwartki z AOTMiT” 08.10.2026

1. Czy jeśli jeden gabinet zabiegowy jest wykorzystywany dla różnych poradni to jego koszty pośrednie (energia elektryczna, koszty sprzętania, materiały) jakim kluczem alokuje? Dzielę po równo na liczbę poradni wykorzystujących czy dzielę kluczem przykładowo z liczby godzin poradni tworzę współczynniki i nimi przypisuje koszty pośrednie?

Odp.: Całkowite koszty gabinetu zabiegowego powinny być alokowane na poradnie specjalistyczne według liczby wykonanych procedur, pomnożonej przez jednostkowy koszt wytworzenia danej procedury. Oznacza to, że w gabinecie zabiegowym należy wycenić procedury medyczne zgodnie z wykazem realizowanych procedur.

2. Czy mogę prosić o przykłady alokacji kosztów 507 w przypadku podmiotu medycznego realizującego w ramach swojej działalności POZ i AOS? Czy przykładowo będą to np. procedura szczepienia, podanie leku? Czy jeśli dana szczepionka/lek będą wykorzystywane tylko w danym OPK to musi i tak być wpierw rozpisana procedura medyczna i dopiero wówczas alokowana na dany OPK? Czy byłaby możliwość zobrazowania i podania przykładów dla takiego podmiotu - na szpitalu jest to bardzo dobrze wyjaśnione ale nie umiem tego odnieść na tego rodzaju podmiot

Odp.: Przykładowe procedury w Gabinecie zabiegowym i szczepień (507) to podanie leku drogą iniekcji domięśniowej, szczepienie ochronne przeciw wybranym chorobom bakteryjnym. Zapraszam do zapoznania się z materiałem <https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2021/02/Podmioty-realizujace-swiaadczenia-w-ramach-POZ-w-polaczeniu-z-AOS-aspekty-praktyczne-SRK.pdf>

3. Czy koszty opisu badań TK ambulatoryjnych zlecanych firmie zewnętrznej wliczać w koszty bezpośrednie OPK 507 -Pracownia TK czy też w koszty bezpośrednie 508-NFZ Pracownia TK?

Odp.: Ewidencjonowanie kosztów dotyczących opisów badań TK i RTG wykonywanych przez firmę zewnętrzną najlepiej ewidencjonować na OPK 507, mając na uwadze uwzględnienie tych kosztów w nakładach osobowych procedur TK i RTG

4. Jakim kluczem rozdzielić dział koordynatorów opieki onkologicznej

Odp.: Nie należy wyodrębniać OPK, których jedynym celem jest ujmowanie kosztów osobowych pracowników. Koszty ich pracy należy przypisać do OPK, na rzecz których wykonują zadania. W przypadku OPK dotyczącego przeprowadzanych konsyliów związanych z realizacją świadczeń w ramach pakietu DiLO należy zastosować klucz podziałowy oparty na liczbie konsultacji.

5. Czy można wydzielić dodatkowy, pomocniczy OPK dla Bloku Operacyjnego, który będzie służył obsłudze bloku, alokowane byłyby na nim koszty m.in. sekretarek, materiałów biurowych i innych kosztów, których bezpośredni podział na poszczególne sale operacyjne jest problematyczny. Koszty te rozpyływałyby się na poszczególne sale operacyjne np. według ilości wykonanych operacji w danym miesiącu

Odp.: Utworzenie OPK pomocniczych lub technicznych, wspierających podział kosztów wynagrodzeń sekretarek, materiałów biurowych pomiędzy specjalistyczne bloki operacyjne, jest dopuszczalne. Przy przekazywaniu danych do Agencji nie należy wykazywać ośrodków pomocniczych ani technicznych. OPK bloków operacyjnych powinny zawierać już koszty przypisane z OPK pomocniczych lub technicznych. Optymalnym rozwiązaniem jest wykazanie tych kosztów jako bezpośrednich kosztów bloków operacyjnych.

6. Jak należy traktować pomieszczenie (pokój) socjalne? jak powierzchnie wspólne? czy koszty zarządu? jak rozliczać koszty?

Odp.: Proszę to traktować jako pomieszczenia wspólne.

7. W jaki sposób prawidłowo traktować Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK): gdzie powinny być przypisane łóżka (do OINK czy do OK), czy OINK ma być ośrodkiem finalnym.

Odp.: OINK należy traktować jako OPK proceduralny, mimo że w jego nazwie występuje określenie „oddział”. Pacjent przebywający na OINK pozostaje pacjentem Oddziału Kardiologii, który stanowi ośrodek finalny odpowiedzialny za rozliczenie hospitalizacji. Po zakończeniu pobytu na OINK pacjent wraca do Oddziału Kardiologii, skąd jest wypisywany i rozliczany. OINK jest OPK proceduralnym, w którym całodobowo realizowane są procedury medyczne i prowadzony jest intensywny nadzór nad pacjentem. W związku z tym koszty tego OPK mogą być rozliczane z wykorzystaniem liczby dni opieki, przyjmując, że jedna doba pobytu odpowiada wykonaniu jednej procedury. Koszty OINK powinny następnie zostać przypisane do pacjentów i rozliczone w ramach oddziału finalnego, tj. Oddziału Kardiologii.

8. Co w przypadku pracowników całej Diagnostyki Obrazowej tj. Oddziałowa, pielęgniarki, rejestratorki, które pracują dla zarówno dla TK, MR, RTG? Czy można utworzyć OPK Diagnostyka Obrazowa? ale z jakim kodem? 507? 530?

Odp.: Nie należy tworzyć odrębnego OPK „Diagnostyka Obrazowa” wyłącznie na potrzeby ewidencji wspólnych kosztów personelu. Zgodnie z SRK OPK powinny odzwierciedlać rzeczywistą strukturę organizacyjną i zakres prowadzonej działalności, dlatego pracownice TK, MR i RTG powinny funkcjonować jako odrębne OPK działalności podstawowej (kod funkcji 507). W przypadku pracowników wykonujących pracę na rzecz kilku pracowni (np. oddziałowej, pielęgniarek, rejestratorek) należy określić procentowy udział ich czasu pracy.

9. Czy jest konieczność wydzielania osobnych OPK o kodzie funkcji 508 dla fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii dla osób niepełnosprawnych? Czy oba te zakresy mogłyby funkcjonować jako jeden wyodrębniony OPK 508?

Odp.: Mogą funkcjonować jako jeden OPK 508.

10. Czy dział anestezyjologiczny zawsze trzeba wydzielać osobno od bloku? Chodzi o sytuację bardzo małej wartości udziałowej procedur anestezyjologicznych.

Odp.: Dział Anestezjologii stanowi odrębny OPK proceduralny i powinien być wyodrębniony osobno, jeśli wykonuje procedury znieczulenia.

11. Wszelkie koszty z OPK proceduralnych 507 (w tym przypadku bloków operacyjnych) powinny być na koniec okresu przeksięgowane na OPK 504 (odpowiadające im oddziały szpitalne)?

Odp.: Na koniec każdego miesiąca należy dokonać rozliczenia kosztów i alokacji OPK proceduralnych na OPK zlecające wykonanie procedur.

12. Czy kod resortowy jest konieczny w numerze konta w programie księgowym? Czy akceptowalne jest np. 504-001?

Odp.: Kod resortowy nie jest konieczny w księgach rachunkowych. Świadczeniodawca może stosować własne oznaczenia OPK, pod warunkiem zapewnienia ich jednoznacznej identyfikacji.

13. Dzień dobry, mam pytanie dotyczące ewidencjonowania kosztów dot. rejestracji pacjentów na planowane przyjęcia na oddział szpitalny. W naszej jednostce odbywają się wyłącznie planowane zabiegi i koszty rejestracji były ewidencjonowane na koncie 503 Izba przyjęć. Czy w przypadku, gdy nie mamy SORu powinniśmy wydzielić OPK 530 dla rejestracji oddziału szpitalnego?

Odp.: W przypadku planowych przyjęć pacjentów i planowej izby przyjęć należy wyodrębnić OPK 530. OPK 503 zarezerwowany jest dla OPK Izba Przyjęć/SOR ryczałt dobowy.

14. Jak postąpić w przypadku chwilowo zawieszonego oddziału? Mamy utworzyć dodatkową analitykę do OPK tego oddziału czy księgować koszty na OPK szpital?

Odp.: Jeżeli oddział jest czasowo zawieszony, ale nadal funkcjonuje w strukturze organizacyjnej podmiotu, należy nadal ewidencjonować na tym OPK koszty związane z utrzymaniem gotowości do prowadzenia działalności, takie jak np. koszty personelu, mediów czy utrzymania infrastruktury.

Natomiast, jeśli oddział został trwale wyłączony z działalności, a jego pomieszczenia mają zostać przeznaczone na inny rodzaj działalności, koszty ponoszone w celu przygotowania tych pomieszczeń do nowej funkcji (np. remontu, adaptacji lub dostosowania) powinny być ewidencjonowane na OPK, który docelowo będzie z nich korzystał.

15. Jeśli na SOR przyjęty został pacjent nieubezpieczony i za te usługi została wystawiona f-ra to przychód ten winien być przyjęty na 540SOR czy 503 SOR ?

Odp.: Jeżeli pacjent nieubezpieczony został przyjęty na SOR, a za udzielone świadczenia wystawiono fakturę, przychód z tego tytułu należy wykazać w OPK 540 - działalność komercyjna o charakterze medycznym, a nie w OPK 503 SOR ryczałt dobowy. Zgodnie

z SRK OPK 540 służy ewidencji działalności odpłatnej i komercyjnej, natomiast OPK 503 obejmuje działalność finansowaną w ramach systemu publicznego.

W związku z tym na OPK 540 należy alokować koszty związane z udzieleniem tego świadczenia, w szczególności:

- koszty rejestracji i segregacji pacjenta,
- koszty z OPK konsultacyjno-proceduralnego,
- koszty badań diagnostycznych zleconych pacjentowi (np. laboratoryjnych, RTG, TK, USG),

16. Dlaczego w przypadku Pracowni RM w przypadku badań rozliczanych bezp. przez NFZ (508) alokujemy tylko koszty pośrednie?

Odp.: Wszystkie koszty bezpośrednie oraz rozliczone koszty pośrednie z OPK pomocniczych powinny zostać zgromadzone w OPK proceduralnym 507, w którym realizowana i wyceniana jest procedura medyczna. Następnie koszty procedur rozliczane z OPK 507 na OPK 508 stanowią dla OPK 508 tzw. koszty pośrednie świadczeń bezpośrednio finansowanych przez NFZ. Rolą OPK 508 jest zgromadzenie kosztów procedur przeniesionych z OPK proceduralnych 507 oraz odpowiednio przypisanych kosztów zarządu, w zakresie świadczeń bezpośrednio finansowanych przez NFZ. Rozliczenie kosztów w OPK 508 powinno pozostawać w związku z przychodami uzyskiwanymi z tych świadczeń.

17. Czy koszty zarządu powinniśmy alokować na badania kliniczne i OPK związane np. z umowami na stażystów?

Odp.: Tak, koszty zarządu należy alokować na wszystkie OPK finalne.³

18. Czy w małej przychodni, która realizuje świadczenia POZ oraz AOS gdzie mamy aparat USG na którym są realizowane badania przez ginekologa oraz dwa razy w miesiącu przez radiologa (ze skierowaniem i komercyjnie) tworzymy OPK o kodzie 507 i rozdzielamy wg ilości badań pomiędzy POZ, AOS i komercję?

Odp.: Tak, należy wyodrębnić OPK proceduralny „Pracownia USG” (kod funkcji 507) i wyceniać realizowane w nim procedury. Całkowite koszty tego OPK powinny zostać rozliczone na OPK zlecające świadczenia, w szczególności poradnie specjalistyczne (kod 501) oraz działalność komercyjną (kod 540), z wykorzystaniem klucza podziałowego opartego na jednostkowym koszcie wytworzenia procedury medycznej oraz liczbie wykonanych procedur.

19. Czy gabinet fizjoterapii w przychodni, gdzie przychodzą pacjenci ze skierowaniami i płacący za zabiegi to OPK będzie 508 i tylko koszty pośrednie?

Odp.: Prawidłowy sposób wyodrębnienia kont w tym przypadku:

- 507-1310-01 – Dział Fizjoterapii, który będzie OPK proceduralnym w korelacji z kontem:
- 508-1310-01 - Dział Fizjoterapii- Ambulatorium/ NFZ
- 540-1310-01 – Dział Fizjoterapii – Komercja

Ośrodki 508 i 540 to OPK finalne, na które będą alokowane koszty z 507 oraz koszty zarządu w korelacji z przychodami.

20. Czy prowizja dla lekarzy za wykonywanie płatnych badań nie powinna iść bezpośrednio w konto 540?

Odp.: Tak, dodatek do wynagrodzeń można ewidencjonować bezpośrednio na konto 540.

21. Jak rozksięgować otrzymane przychody z Ministerstwa Zdrowia (refundację za lekarzy rezydentów) którzy świadczą usługi na OPK proceduralnych np. RTG, TK, USG. A dotyczą pacjentów różnych OPK 504 lub 501

Odp.: Przychód związany z zatrudnieniem lekarza rezydenta w OPK proceduralnym, powinien być przypisany do jednostek zlecających procentowym udziałem wykonania w danym OPK procedur.

22. Pytanie do "Etap III - alokacja kosztów pośrednich OPK proceduralne" proszę o podanie przykładu rozliczenia liczbowego takiego rozliczenia (chodzi mi o to co oznacza, że na RM komercja przykuje tylko koszty pośrednie)

Odp.: Zachęcamy do zapoznania się z materiałami publikowanymi na stronie Agencji w zakładce SRK: <https://www.aotm.gov.pl/standard-rachunku-kosztow/>

Znajdą tam Państwo wiedzę teoretyczną oraz praktyczne zastosowanie zagadnień SRK. Poniżej przykładowy materiał dotyczący rozliczania kosztów:

Link: [Rozliczanie kosztów-podejście praktyczne](#)