



### Ryszard Orliński

Wyższa Szkoła Logistyki w Poznaniu  
Wydział Zarządzania i Logistyki  
Katedra Nauk Ilościowych i Przestrzennych  
ryszard\_orlinski@poczta.onet.pl

### Magdalena Niestrata-Ortiz

SP ZOZ w Obornikach Wlkp.  
magdalena.niestrata@gmail.com

## WYNIK NA PODSTAWOWEJ DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ SZPITALA

**Streszczenie:** Podstawowa działalność operacyjna szpitala to realizacja świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów. Specyfika działalności szpitala polega na tym, że świadczenia realizowane są na rzecz pacjentów, a płatnikiem jest instytucja (NFZ) rozliczająca świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Rozliczenia oparte są na systemie JGP. Celem artykułu jest przedstawienie rozliczenia wyniku operacyjnego na przykładzie badanego szpitala. Wynik operacyjny podlega korygowaniu pozostałymi przychodami i kosztami operacyjnymi, finansowymi oraz zyskami i stratami nadzwyczajnymi, lecz najważniejszy jest wynik na działalności podstawowej operacyjnej, bo to on przedstawia kondycję i rentowność szpitala. W artykule wykorzystano wyniki badań własnych autorów.

**Słowa kluczowe:** szpital, wynik finansowy, działalność operacyjna, JGP.

### Wprowadzenie

Funkcjonowanie szpitali na współczesnym rynku usług medycznych porównywane jest często do działalności innych jednostek gospodarczych. Wykorzystuje się także narzędzia oceny działalności szpitali stosowane w ocenie działalności jednostek rynkowych. Jednak specyfika funkcjonowania szpitali odbiega od typowych rozwiązań stosowanych na rynku gospodarczym, ponieważ szpital jako świadczeniodawca realizuje świadczenia zdrowotne na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów). Natomiast płatnikiem instytucjonalnym jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który w ramach ubezpieczeń zdrowotnych rozlicza zrealizowane świadczenia zdrowotne, wykorzystując wdrożony od kilku lat system Jednorodnych Grup Pacjentów. Poniesione przez szpital koszty nie są więc pokrywane rzeczywistym przychodem wycenionym na zasadach rynkowych, lecz

przychodami ogólnie ustalonymi przez NFZ według kryterium punktowego. Zadaniem szpitala jest więc dostosować się do „quasi” standardów ustalonych przez NFZ. Ustalenie wyniku na podstawowej działalności operacyjnej jest więc kluczową sprawą w ocenie działalności szpitala. Artykuł ma na celu przedstawienie rozliczania wyniku na podstawowej działalności operacyjnej (wynik na sprzedaży) na przykładzie badanego szpitala. Wykorzystane dane pochodzą z badań własnych autorów. W artykule nie ujawnia się nazwy badanego szpitala, ponieważ szpital nie wyraził zgody na jej ujawnienie.

## 1. Szpital jako jednostka rynkowa

Przemiany, jakie nastąpiły w ostatnich latach na rynku usług medycznych, spowodowały, że szpitale są dziś postrzegane jako jednostki rynkowe. M. Macuda [2013, s. 88] stwierdza, że „szpital należy traktować jako przedsiębiorstwo i nie można zapominać o ekonomicznym charakterze tego podmiotu. Jednakże szczególny charakter szpitala przejawia się w tym, że jego nadrzędnym celem nie jest, jak to ma miejsce w przypadku większości jednostek gospodarczych, osiągnięcie zysku, a tym bardziej jego maksymalizowanie, lecz realizowanie misji społecznej, którą jest udzielanie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych”.

Rok 1997 przyniósł poważną zmianę w finansowaniu opieki zdrowotnej. Weszła w życie, uchylona już na dzień dzisiejszy, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [Ustawa, 1997], która umożliwiła od 1999 r. wprowadzenie zmian w zasadach finansowania działalności leczniczej [Kautsch, Klich, Whitfeld, 2001, s. 33]. W ramach nowego systemu finansowania opieki zdrowotnej pojawił się świadczeniobiorca (pacjent), świadczeniodawca (szpital) oraz płatnik instytucjonalny (początkowo Kasa Chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia). Zasady finansowania polegają na tym, że opłacający ubezpieczenie zdrowotne pacjent, przekazuje swoje środki pieniężne (obowiązkową składkę ubezpieczenia zdrowotnego) do NFZ poprzez ZUS i uzyskuje możliwość otrzymywania świadczeń zdrowotnych od świadczeniodawcy, jakim jest np. szpital, za co płaci płatnik instytucjonalny, jakim jest NFZ. Rok 2008 przyniósł kolejne zmiany w opiece zdrowotnej przede wszystkim w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [Rozporządzenie, 2008]. Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął nową formę kontraktowania i finansowania świadczeń zdrowotnych, które odbywają się w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP). U podstawy koncepcji JGP leży przekonanie, że chociaż każdy pacjent stanowi odrębny przypadek kliniczny, to jednak sposób jego leczenia może mieć wiele cech wspólnych z przypadkami innych pacjentów.

NFZ dokonał wyceny grup na podstawie danych sprawozdawczych z monitorowanych szpitali za okres 2002-2007. Kolejne lata były okresem korygowania wyceny stosownie do wyników badań realizowanych w szpitalach. Nie oznacza to jednak, że aktualna na dzień dzisiejszy wycena odpowiada rzeczywistym kosztom realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Jest to mankament systemu, który powoduje, że szpitale muszą liczyć koszty swoich świadczeń i porównywać z osiąganymi przychodami z podstawowej działalności operacyjnej. Chcąc zachować zadowalający wynik na sprzedaży, szpitale próbują weryfikować (czyli minimalizować) koszty podstawowej działalności operacyjnej. Można stwierdzić, że na rynku gospodarczym rządzą podobne mechanizmy rynkowe i sprzedający musi dostosować się do cen rynkowych, w przeciwnym razie konkurencja usunie go z rynku. W przypadku szpitali można też mówić o konkurencji, lecz na innych zasadach. Konstytucja RP [Konstytucja, 1997, art. 68, ust. 2] nakłada na szpitale obowiązek udzielania pomocy medycznej bez względu na to, czy szpital ma na to pieniądze, czy też nie. I w tym momencie placówka ta przestaje być jednostką rynkową, a staje się jednostką publiczną obowiązkowo realizującą świadczenia na rzecz pacjentów. W takich właśnie sytuacjach powstają nadwykonania, o których sfinansowanie szpitale walczą z NFZ [Finansowanie, 2015, s. 81-90].

## 2. Charakterystyka JGP

Jednorodne Grupy Pacjentów zakładają łączenie świadczeń zdrowotnych w grupy lecznicze z podobnymi problemami klinicznymi pacjentów oraz podobnymi procesami diagnostycznymi i leczniczymi. JGP budowane są na sprawdzonych międzynarodowych klasyfikacjach chorób i procedur medycznych ICD-9-CM i ICD-10 [Międzynarodowa, 2008]. Na całym świecie funkcjonują w różnych odmianach systemy rozliczania świadczeń zdrowotnych oparte na JGP. Ich funkcjonowanie polega na tym, że płatnik rozlicza się ze szpitalem według zryczałtowanych stawek przypisanych jednorodnym klinicznie, a przede wszystkim kosztowo przypadkom chorobowym, które tworzą określone grupy pacjentów [Macuda, 2011]. Polska wykorzystując doświadczenia innych krajów wprowadziła system rozliczeń z NFZ oparty na JGP, który umożliwia szpitalom podejmowanie racjonalnych decyzji w dążeniu do jak najlepszego, z punktu widzenia medycznego i ekonomicznego, wykorzystania posiadanych zasobów osobowych, materiałowych, technicznych i technologicznych. NFZ podpisując umowę ze szpitalem, określa wymogi sprzętowe i osobowe, umożliwiające realizowanie

świadczeń zdrowotnych objętych kontraktem (umową). Kontraktowanie świadczeń odbywa się na zasadzie ogłaszanych konkursów [Ustawa, 2004; Rozporządzenia, 2008]. Warunki postępowania dotyczące zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym sposób przygotowania i składania ofert oraz wnoszenia środków odwoławczych określa Prezes NFZ [Zarządzenie, 2015].

JGP to sekcje stanowiące zbiór jednorodnych grup pacjentów, występujących w układzie anatomiczno-fizjologicznym, powiązanych z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny. W sekcjach znajdują się grupy zabiegowe i zachowawcze [Gilewski, 2010, s. 5]. Grupy charakteryzuje się za pomocą listy procedur lub rozpoznań istotnych w identyfikacji ich kategorii hospitalizacji. Jeżeli zachodzi potrzeba, istnieje także możliwość charakteryzowania za pomocą list dodatkowych procedur lub rozpoznań.

Wyodrębnione kategorie hospitalizacji posiadają kod, nazwę oraz charakterystykę, na którą składają się takie elementy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu w szpitalu. Najważniejsze jest jednak zakwalifikowanie pacjenta do grupy zabiegowej mającej kody procedury medycznej według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Modyfikacji Klinicznej ICD-9-CM, a do grupy zachowawczej – kody rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. NFZ przedstawia opis skatalogowanych jednorodnych grup pacjentów, w którym znajdują się kod, nazwa, etykieta oraz zbiór kodów rozpoznań lub procedur kwalifikujących daną hospitalizację do odpowiedniej grupy. W etykietach wielu jednorodnych grup pacjentów znajduje się zapis dodatkowych wymagań, których spełnienie jest brane pod uwagę podczas kwalifikowania danej hospitalizacji do określonej grupy – tzw. warunki kierunkowe, które są oznaczone kolejnymi literami alfabetu i odsyłają do dodatkowych zbiorów rozpoznań lub procedur medycznych, jeśli jest to niezbędne do uzyskania pełnej charakterystyki danej grupy.

W plikach parametryzujących publikowanych przez NFZ znajdują się wytyczne do kwalifikowania i przyznawania punktów za realizowane procedury i rozpoznania, z których wynika, na jakich oddziałach można realizować konkretne procedury, jak długo powinno trwać świadczenie usługi i ile punktów można otrzymać za zrealizowane świadczenie. Przykładowo operacja wycięcia wyrostka robaczkowego z powikłaniami (kod JGP-82) może być realizowana na oddziałach chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej oraz ginekologii i położnictwie. Za przeprowadzony zabieg oddział może otrzymać 69 punktów po 52 zł, co daje kwotę 3588 zł. Dodatkowo pobyt pacjenta na oddziale jest finansowany grupą maksymalnie do 16 dni, liczony w osobodniach. Należy zadać pytanie: ile wynoszą koszty takiego świad-

czenia zdrowotnego? Oczywiście będzie to zależało od wielkości szpitala, stanu zatrudnienia, stopnia wyposażenia, a także wielu innych czynników związanych z realizowanym świadczeniem. Porównanie tych przychodów i kosztów daje obraz rentowności realizowanego świadczenia.

Ważnym elementem w procesie pozyskania środków pieniężnych za zrealizowane świadczenia zdrowotne jest prawidłowe wprowadzenie danych do grupera w ramach systemu JGP. NFZ opracował zasady kodowania przyczyn hospitalizacji i procedur medycznych. Przestrzeganie tych zasad daje szansę otrzymania maksymalnej kwoty możliwej do uzyskania z tytułu zrealizowanych świadczeń. Kodowaniu podlegają procedury i zabiegi wykonane pacjentowi w czasie jego pobytu w szpitalu. Zalecane jest kodowanie wszystkich zabiegów mających istotny wpływ na koszt pobytu pacjenta na oddziale.

### **3. Ustalanie wyniku na podstawowej działalności operacyjnej szpitala**

J. Chluska pisze, że „przychody i koszty podmiotu leczniczego decydują o wyniku finansowym. Przychody podmiotów leczniczych powstają w różnych obszarach działalności jednostki, jednak najważniejszym obszarem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom” [Chluska, 2014, s. 212]. Udzielanie świadczeń zdrowotnych to podstawowa działalność operacyjna. Przychodami z niej w szpitalach są więc kwoty należne ze sprzedaży produktów wykonywanych w ramach, jak wymienia to M. Hass-Symotiuk: „działalności podstawowej, działalności pomocniczej w części podlegającej sprzedaży dla odbiorców zewnętrznych i pracowników jednostki, innych działań będących przedmiotem działalności, jeżeli jej prowadzenie było przewidziane w statucie jednostki” [Rachunkowość, 2010, s. 202]. Szpitale mogą również uzyskiwać przychody z działalności usługowej, handlowej, a nawet wytwórczej w zależności od zakresu działalności określonej w statucie szpitala, który jest nadawany przez organ tworzący szpital. Zdecydowana większość przychodów szpitala pochodzi ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktów zawartych z NFZ i one powinny być przedmiotem analizy i oceny w celu ustalenia wyniku na podstawowej działalności operacyjnej szpitala. Przykładowe zestawienie przychodów badanego szpitala przedstawia tabela 1. Największe przychody (ok 75%) badany szpital uzyskał z tytułu leczenia szpitalnego, w tym są właśnie świadczenia rozliczane w ramach systemu JGP.

**Tabela 1.** Zestawienie przychodów ze sprzedaży badanego szpitala za okres 2011-2013

Wyszczególnienie	Przychody w zł		
	2011	2012	2013
Podstawowa opieka zdrowotna	1 107 990,00	1 330 515,00	1 330 200,00
Ambulatoryjna opieka zdrowotna	1 766 822,88	2 125 261,10	2 252 084,60
Leczenie szpitalne	15 695 408,94	17 026 788,00	18 404 598,00
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	176 922,90	185 352,00	208 880,00
Opieka paliatywna i hospicyjna	16 948,00	-	-
Ratownictwo medyczne	2 337 905,00	2 322 105,30	2 350 781,47
Razem (kontrakt z NFZ)	21 101 997,72	22 990 021,40	24 546 544,07
Przychody ze sprzedaży towarów i materiałów	5 209,62	4 165,55	3 747,19
<b>Razem przychody z podstawowej działalności operacyjnej</b>	<b>21 107 207,34</b>	<b>22 994 186,95</b>	<b>24 550 291,26</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych badanego szpitala.

Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych nie są tożsame z kosztami utrzymania szpitala [Janik, 2011, s. 318]. W ewidencji księgowej dokonuje się precyzyjnego kwalifikowania kosztów m.in. w celu przyporządkowania kosztów świadczonym usługom [Zaawansowana, 2014, s. 266-271]. Związane to jest z potrzebą porównywania przychodów i kosztów na poziomie podstawowym operacyjnym oraz ustalenia wyniku na sprzedaży świadczeń zdrowotnych. Przykładowo koszty podstawowej działalności operacyjnej przedstawia tabela 2. Koszty ujęte są sumarycznie na podstawie ewidencji kosztów w układzie rodzajowym i dotyczą realizowanych świadczeń zdrowotnych. Koszty ujęte rodzajowo stanowią cenną informację dla zarządzającego [Nojszewska, 2012, cz. 2], wskazującą poszczególne rodzaje kosztów zaangażowanych w realizację świadczeń zdrowotnych. Zdaniem M. Hass-Symotiuik istotne jest także ujęcie podmiotowe i przedmiotowe kosztów, dzięki którym poznajemy wielkość i strukturę kosztów według ośrodków kosztowych oraz według nośników kosztów [Rachunkowość, 2010, s. 196-197]. Takie ujęcie kosztów umożliwia pełną ich identyfikację w ramach JGP, dla potrzeb analizy i oceny realizowanych świadczeń zdrowotnych z ewentualną oceną możliwości minimalizowania kosztów w kolejnych okresach obrachunkowych. Badany szpital jest na etapie rozbudowy struktury informacyjnej systemu rachunkowości pod kątem głębokiej identyfikacji kosztowej według ośrodków odpowiedzialności kosztowej oraz nośników kosztów.

**Tabela 2.** Zestawienie kosztów podstawowej działalności operacyjnej badanego szpitala

Wyszczególnienie	Koszty w zł		
	2011	2012	2013
Koszty podstawowej działalności operacyjnej	23 385 880,02	25 023 839,61	25 957 597,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych badanego szpitala.

Przy rozliczaniu, analizie i ocenie wyników na sprzedaży warto również zwrócić uwagę na kilka informacji statystycznych dotyczących szpitala (tabela 3), jakimi są np. stan zatrudnienia w szpitalu, liczba posiadanych łóżek na oddziałach, liczba hospitalizowanych pacjentów w ciągu roku, średni czasokres pobytu pacjentów na oddziale, liczba wykonanych zabiegów z rozbiorem na ośrodki odpowiedzialności kosztowej, liczba udzielonych porad w poradniach z przypisaniem do poszczególnych przychodni specjalistycznych itp. Dane te pogłębiają wiedzę zarządzających szpitalem o sytuacji przychodowej i kosztowej szpitala, biorąc pod uwagę realne warunki realizacji świadczeń zdrowotnych.

**Tabela 3.** Dane statystyczne badanego szpitala

Wyszczególnienie	Badany okres		
	2011	2012	2013
Pracownicy ogółem (śr. zatrudnienie)	279,73	273,61	274,46
Liczba hospitalizowanych	6941	6680	6779
Liczba wykonanych zabiegów	2226	2009	2062
Liczba udzielonych porad w poradniach specjalistycznych	37 670	40 075	40 279

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych badanego szpitala.

Porównanie przychodów i kosztów podstawowej działalności operacyjnej ma na celu ustalenie wyniku na sprzedaży oraz analizę i ocenę rentowności prowadzonej działalności leczniczej [Świdarska, 2015, s. 122-127]. Bazując na przykładzie badanego szpitala (tabela 4), można zauważyć, że wynik na podstawowej działalności operacyjnej nie jest korzystny dla szpitala. Daje się zauważyć zmniejszanie się straty na podstawowej działalności operacyjnej, lecz nie oznacza to jeszcze sukcesu.

**Tabela 4.** Zestawienie wyników na podstawowej działalności operacyjnej badanego szpitala

Wyszczególnienie	Badany okres kwoty podane w zł		
	2011	2012	2013
Przychody ze sprzedaży	21 107 207,34	22 994 186,95	24 550 291,26
Koszty podstawowej działalności operacyjnej	23 385 880,02	25 023 839,61	25 957 597,11
Wynik na podstawowej działalności operacyjnej	-2 278 672,68	-2 029 652,66	-1 407 305,85

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych badanego szpitala.

Zestawione dane (tabela 4) wyraźnie wskazują brak rentowności prowadzonej działalności medycznej w badanym szpitalu. Wyliczając stosunek procentowy straty do przychodów ze sprzedaży, daje się zauważyć tendencję spadkową: rok 2011 – 10,7%, rok 2012 – 8,8%, rok 2013 – 5,7%. Znaczne zmniejszenie straty w badanym okresie może być oceniane pozytywnie przez zarządzających

szpitalem. Wyniki badań prowadzonych przez spółkę Magellan wskazują, że trzy czwarte szpitali na poziomie procedur generuje straty [Rentowność, 2014]. Z pewnością nie jest to zbyt pocieszenie dla badanego szpitala, ale jednak wskazuje to skalę problemu w Polsce. Wprowadzenie Jednorodnych Grup Pacjentów miało na celu ulepszenie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem medycznym, ekonomicznym i prawnym. Analiza rentowności realizowanych poszczególnych świadczeń zdrowotnych w ramach JGP powinna prowadzić do minimalizacji kosztów tych świadczeń, znając warunki i kryteria finansowania. Zdając sobie sprawę, że wynik na podstawowej działalności operacyjnej jest pierwszym i najważniejszym wynikiem na działalności, należy pamiętać o możliwościach jego korygowania pozostałymi przychodami i kosztami operacyjnymi oraz finansowymi.

### **Podsumowanie**

Ustalanie wyniku na podstawowej działalności operacyjnej staje się dla zarządzających szpitalem problemem kluczowym. Od niego bowiem w dużej mierze zależy wynik finansowy brutto i netto szpitala. Zarządzający szpitalami oczekują informacji sprawozdawczych odpowiednio zestawionych i możliwych do przeanalizowania. Analiza i ocena informacji wewnętrznych, a w szczególności wyniku na działalności operacyjnej, powinna pomagać zarządzającym w podejmowaniu decyzji dotyczących przyszłości szpitala. Wprowadzenie przez NFZ Jednorodnych Grup Pacjentów miało na celu ujednoczenie finansowania działalności szpitali. Jednocześnie ujednoczenie zasad finansowania nie miało prowadzić do zachwiania sytuacji finansowej szpitali. Intencją przyjęcia wypróbowanych i funkcjonujących w innych krajach koncepcji było usprawnienie funkcjonowania opieki zdrowotnej. Znajomość zasad kodowania przypadków chorobowych w „Gruperze” daje możliwość maksymalizacji kwot refinansujących poniesione koszty zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, a przez to wpływania na wynik na sprzedaży świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Przedstawione w artykule zestawienia obrazują poprawę wyniku na podstawowej działalności operacyjnej. Wynik ten należałoby oceniać nie tylko przez pryzmat kwot, lecz także w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Statystyki wskazują, że w Polsce jest zdecydowanie za dużo szpitali w porównaniu do potrzeb. Obłożenie łóżek jest zbyt niskie, siatka szpitali zbyt gęsta, a kiedy dołoży się do tego stan techniczny budynków i koszty ich utrzymania, to okazuje się, że tylko kwestią czasu jest likwidacja znacznej części szpitali, zwłaszcza tych bardziej zadłużonych. Dążąc więc do



poprawy sytuacji finansowej, zarządzający szpitalami zaczynają się bardziej interesować wynikiem na działalności podstawowej, ponieważ jest to wynik, który w pierwszej kolejności rzutuje na wynik końcowy działalności.

## Literatura

- Chluska J. (2014), *Rachunkowość podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Gilewski D. (2010), *Jednorodne grupy pacjentów. Podstawy systemu*, Wyd. NFZ, Warszawa.
- Janik W. (2011), *Koszty jako czynnik efektywności pracy zakładów opieki zdrowotnej* [w:] J. Stępniewski, P. Karnieja, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Kautsch M., Klich J., Whitfeld M. (2001), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Macuda M. (2011), *Możliwości wykorzystania kalkulacji kosztów procedur medycznych według JGP na przykładzie badanego ZOZ* [w:] B. Gierusz, P. Lech (red.), *Kluczowe Problemy Teorii i Praktyki Rachunkowości*, t. 2, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego”, Gdańsk, s. 195-203.
- Macuda M. (2013), *Spoleczna odpowiedzialność biznesu na przykładzie szpitala* [w:] *Rachunkowość odpowiedzialności społecznej – teoria i praktyka*, IX Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Zawodowa, UEP, Poznań.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych. Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych* (2008), Vesalius, Kraków.
- Nojszewska E. (2012), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Rachunkowość. System informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, (2010), M. Hass-Symotiuk (red.), Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Rentowność szpitali w 2014 roku spadnie – raport. <http://www.termedia.pl/onkologia/Rentownosc-szpitali-w-2014-roku-spadnie-raport,14887.html>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2008 r., nr 81, poz. 484.
- Suhecka J. (red.) (2015), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Świdarska G.K., Pielaszek M. (2015), *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.

*Zaawansowana rachunkowość finansowa podmiotów leczniczych* (2014), M. Hass-Symotiuk (red.), Wolters Kluwer business, Warszawa.

Zarządzenie Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

### PROFIT ON BASIC OPERATING ACTIVITY OF A HOSPITAL

**Summary:** The basic operating activity of a hospital is health service provision for its patients. A hospital is unique as a business entity since the payments for its services are provided by the National Health Fund (NFZ) as part of the health insurance system. The financial settlements are based on the JGP (also known as the Diagnosis-Related Groups, DRG). The aim of the article is to illustrate a profit on sale settlement using the hereby described hospital as an example. Profit on sale is influenced by other operational incomes and costs, financial incomes and costs, as well as extraordinary gains and losses. However, the most important figure is the profit from the basic operating activity as it demonstrates the status and rentability of a hospital. The results and data used in the present article were collected by the authors.

**Keywords:** hospital, income, operating activity, JGP, DRG.