

## UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

### Informacja o projekcie:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Tytuł</b>          | Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców |
| <b>Autor</b>          | Ministerstwo Zdrowia   |
| <b>Projekt z dnia</b> | 3 lipca 2020 r.  |

### Informacje o zgłaszającym uwagi:

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Urząd</b>                   | -----                     |
| <b>Organizacja samorządowa</b> | Związek Powiatów Polskich |
| <b>Osoba do kontaktu</b>       | Patrycja Grebla - Tarasek |
| <b>e-mail</b>                  | biuro@zpp.pl              |
| <b>tel.</b>                    | 18 477 86 00              |

### Uwagi:

| Lp. | Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział) | Treść uwagi (propozycja zmian)  | Uzasadnienie uwagi   | Stanowisko resortu | Odniesienie do stanowiska resortu |
|-----|--|---|--|--------------------|-----------------------------------|
| 1.  | Uwaga ogólna   | Zbyt duże rozdrobnienie i uszczegółowienie kosztów w nowym standardzie. | Wprowadzenie i kontynuowanie rozliczeń według nowego standardu wymusi w niektórych jednostkach dodatkowe zatrudnienie w służbach finansowo – księgowych. Ujednolicenie sposobu liczenia kosztów w jednostkach działalności leczniczej jest potrzebne, lecz system ten musi być prosty i przejrzysty dla wszystkich podmiotów oraz uwzględniać ich potrzeby i specyfikę działalności. Rozporządzenie wprowadza zapisy i uregulowania, które szczególnie w mniejszych jednostkach spowodują całkowitą rewolucję i chaos. Świadczeniodawcy będą zmuszeni do przebudowy systemów informatycznych bądź zakupu nowych. |                    |                                   |
| 2.  | Uwaga ogólna   | Zastosowanie rozporządzenia a wraz z nim określonego rachunku nie       | Po wdrożeniu rozporządzenia nie zmniejszy się również  |                    |                                   |

|    |                                  |  |   |  |  |
|----|----------------------------------|--|---|--|--|
|    |                                  | ujednolici sposobu ewidencji kosztów, a temu celowi ma służyć rozporządzenie.                | pracochłonność sprawozdawczości do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ponieważ z nowego planu kont nie da się wygenerować zestawień zgodnych z ich formularzami. Proces taryfikacji nadal będzie obciążony wadami i nie zmniejszy się jego czasochłonność.   |  |  |
| 3. | Rozporządzenie paragraf 2        | Brak definicji kosztu normatywnego, kosztu zasobu, osobodnia opieki.                         | Definicje użyte w rozporządzeniu powinny być precyzyjne i zrozumiałe dla użytkowników oraz jednocześnie jednoznacznie definiować użyte w nim określenia.  |  |  |
| 4. | Rozporządzenie paragraf 2 pkt 14 | OPK proceduralny – OPK działalności pomocniczej, w którym realizowane są procedury medyczne. | Utrzymanie zapisu, iż OPK proceduralny to OPK działalności podstawowej będzie wymuszał wycenę oraz prowadzenie statystyk procedur medycznych realizowanych na oddziałach szpitalnych, w tym farmakoterapię, iniekcje, pobranie krwi, wziernikowanie etc. Z uwagi na efektywność kosztową utrzymanie zapisu w §2 pkt 14 w proponowanym brzmieniu prowadzić będzie do wzrostu zakupu czynników wytwórczych u świadczeniodawców realizujących zadania w obszarze leczenia szpitalnego. Ponadto, z uwagi na brak standardów przeliczeniowych etatów lekarskich na liczbę łóżek na oddziale uszczegółowienie - do tego poziomu - opisu procesu diagnostyczno-terapeutycznego będzie prowadzić do uzyskania wyników o wątpliwej użyteczności informacyjnej na poziomie regionu i/lub kraju. |  |  |

|    |                                   |  |  |  |  |
|----|-----------------------------------|--|--|--|--|
| 5. | Rozporządzenie paragraf 5         | Zbyt duże uszczegółowienie ewidencji kosztów rodzajowych, w szczególności dotyczących wynagrodzeń oraz składek na rzecz ZUS i innych świadczeń na rzecz pracowników. | Tak określona ewidencja będzie wymagała bardzo dobrego zintegrowania używanych programów: kadrowo-płacowego i finansowo - księgowego, a co za tym idzie ponoszenia przez zakład kosztów związanych z dostosowaniem do wymogów określonych w rozporządzeniu.  |  |  |
| 6. | Rozporządzenie paragraf 10        | Przesunięcie terminu wejścia wyżycie rozporządzenia lub wprowadzenie okresu przejściowego.   | Zbyt krótki czas na wdrożenie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniobiorcy, bardzo pracochłonne i czasochłonne przystosowanie systemów informatycznych i finansowo-księgowych jednostki. Konieczność zaangażowania dodatkowych sił i środków ze względu na duże obciążenie dodatkową pracą personelu medycznego, co w czasie trwającej pandemii i przeprofilowania szpitala w szpital jednoimienny jest niemożliwe do wykonania w tak krótkim czasie. Minimalny okres przejściowy musi wynosić przynajmniej 1 rok. |  |  |
| 7. | Załącznik numer 1 kod funkcji 540 | Niezgodność między proponowaną terminologią a brzmieniem ustawodawstwa unijnego.   | Zmiana terminu działalność komercyjna na działalność gospodarcza finansowana ze środków innych, niż publiczne. Interpretacje stosowane przez instytucje zarządzające programami unijnymi, oparte na treści Zawiadomienia Komisji Europejskiej w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu UE (Dz. Urz. UE nr 2016/C 262/01 – szczególnie art. 206) odróżniają  |  |  |

|    |                   |  |  |  |  |
|----|-------------------|--|--|--|--|
|    |                   |  | <p>pojęcie działalności komercyjnej od innych rodzajów działalności szpitali finansowanej ze źródeł innych niż środki publiczne. Stosowany jest termin „działalności gospodarczej”, dzielonej na pomocniczą (odpłatne usługi medyczne) oraz uzupełniającej (działalność pozamedyczna o ograniczonym zakresie, przeznaczona głównie dla pacjentów i pracowników placówek). Działalnością komercyjną jest tylko ten obszar usług, który nie może być zakwalifikowany jako działalność pomocnicza lub uzupełniająca. Wykonawstwo usług komercyjnych ogranicza zakres korzystania szpitali z dofinansowania unijnego. Konieczne zatem wydaje się ujednoczenie terminologii używanej przez szpitale w omawianym zakresie.</p> |  |  |
| 8. | Załącznik numer 1 | Trudności w szczegółowej alokacji kosztów bezpośrednich do ośrodków działalności określonej jako komercyjna. | <p>Dopuszczenie w sprawozdawczości ośrodków działalności komercyjnej wykazywania kosztów ich funkcjonowania w postaci łącznej puli kosztów wytworzenia, wyodrębnianej z kosztów ośrodka podstawowego. W ten sposób łączne koszty bezpośrednie działalności danego typu (pracownia tomografii komputerowej, pracownia endoskopii, laboratorium mikrobiologiczne) byłyby grupowane na ośrodku „podstawowym” (kod 507), skąd łączny koszt wytworzenia dotyczący działalności gospodarczej oraz finansowanej bezpośrednio przez NFZ przenoszono by w łącznej puli (bez wyodrębniania rodzajów</p>  |  |  |

|    |                                     |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------|--|--|--|--|
|    |                                     |  | <p>kosztów, jako wartość usługi wewnętrznej) na ośrodki o kodach 540 i 508. W sytuacji wykonywania przy wykorzystaniu tych samych zasobów kadrowych, lokalowych i sprzętowych usług w ramach działalności finansowanej przez NFZ oraz usług odpłatnych (działalność gospodarcza), a także świadczeń finansowanych bezpośrednio przez NFZ wyodrębnienie kosztów bezpośrednich działalności np. pracowni laboratoryjnych czy też diagnostyki obrazowej przypadających na jeden z tych obszarów jest niebywale czasochłonne, zwłaszcza że po pierwsze należałoby takiego podziału dokonywać w sposób dynamiczny, uwzględniający zmienny w poszczególnych miesiącach udział działalności gospodarczej w łącznej skali działalności ośrodka, a po wtóre przez wzgląd na szczegółową ewidencję wynagrodzeń w grupach zawodowych.</p> |  |  |
| 9. | Załącznik numer 1 – kod funkcji 508 | Dopuszczenie w sprawozdawczości finansowej ośrodków wykonujących świadczenia finansowane bezpośrednio przez NFZ. Wykazowania łącznej puli kosztów wytworzenia, wyodrębnianej z kosztów ośrodka podstawowego. | <p>W ten sposób łączne koszty bezpośrednie działalności danego typu (pracownia tomografii komputerowej, pracownia endoskopii, laboratorium mikrobiologiczne) byłyby grupowane na ośrodku „podstawowym” (kod 507), skąd łączny koszt wytworzenia dotyczący działalności gospodarczej oraz finansowanej bezpośrednio przez NFZ przenoszono by w łącznej puli (bez wyodrębniania rodzajów kosztów, tj. jako wartość usługi</p>  |  |  |

|     |                           |   |   |  |  |
|-----|---------------------------|---|---|--|--|
|     |                           |   | wewnętrznej) na ośrodki oznaczone kodami 540 i 508. Podział taki może być niesłychanie pracochłonny albo też nieprecyzyjny, ze względu na arbitralne przypisania określonej puli kosztów funkcjonowania zakładu czy pracowni do danego zakresu działalności   |  |  |
| 10. | Załącznik numer 2 pkt 1.3 | Niejasne kryteria wyodrębniania osobnych ośrodków. Potrzeba doprecyzowania potrzeb w zakresie wyodrębniania ośrodków powstawania kosztów. | Treść aktu nie precyzuje wystarczająco, czy możliwe jest łączenie w jednym ośrodku działalności związanej z dwoma kodami resortowymi – takie rozwiązanie sugeruje Załącznik nr 4 w kolumnie 7. Ponadto nie jest jasne, czy zgodnie z zapisem pkt. 1.3 Załącznika nr 2 w zakresie zakazu łączenia ośrodków oznaczonych kodami funkcji 500-506 z ośrodkami o kodach 507 konieczne jest np. wyodrębnienie pracowni bronchoskopii z oddziału pulmonologicznego lub pracowni EEG i EMG z oddziału neurologicznego (obydwie posiadają kod 7998). Zapis ten zakazuje łączenia działalności wykazanej w kodach 500-506 w jeden OPK z OPK proceduralnymi o kodach resortowych wykazanych Załączniku nr 3, w tym kodami 7100-7998. Z kolei w następnym wierszu podaje się szczegółowy wykaz OPK proceduralnych, dla których konieczne jest jednoznaczne ewidencyjne wydzielenie kosztów. Jest tam wymienione jedynie 7 kodów wchodzących w skład zbiorczego kodu 507. |  |  |

|     |   |   |   |  |  |
|-----|---|---|---|--|--|
| 11. | Załącznik numer 2 pkt 1.2   | Zbyt rozbudowana ewidencja kosztów funkcjonowania SOR, co może zamiast uszczegółowienia zaciemnić obraz efektywności kosztowej OPK.   | W sytuacji, gdy ten sam lekarz obsługuje część ryczałtu dobowego i jednocześnie realizuje procedury medyczne na SOR w różnej liczbie i o różnej strukturze w kolejnych dniach, powstaje problem prawidłowego rozdzielenia ich wynagrodzeń (ze wszystkimi składowymi wymaganymi w Rozporządzeniu) na obydwie ośrodki. Ponadto „część proceduralna” SOR powinna obejmować także procedury realizowane na rzecz SOR przez inne ośrodki, np. diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, konsultacje zewnętrzne. |  |  |
| 12. | Załącznik numer 2 pkt 1.3   | W związku z zaproponowaną dowolnością przyjętych zasad rozliczania i ewidencji kosztów gotowości i kosztów niewykorzystanych zdolności powinna zostać zawarta propozycja określania kodów OPK dotyczących tych kosztów. | Doprecyzowanie zapisów rozporządzenia i załączników, na przykład zarezerwowanie kodu 509 na koszty gotowości i niewykorzystanych zdolności produkcyjnych. Przyjęta zasada ścisłego określenia kodów OPK powinna znaleźć odzwierciedlenie w propozycji nadania kodu również ośrodkom grupującym koszty gotowości i koszty niewykorzystanych zdolności.   |  |  |
| 13. | Załącznik numer 3 zasady przypisywania kodów charakteryzujących funkcje i specjalność komórki organizacyjnej do rodzajów działalności | W związku z tym, że 9 stycznia 2019 r. pojawił się tekst jednolity (Dz.U. 2019 poz. 173) do przywołanego rozporządzenia należałoby doprecyzować zapis.  | W opisie do załącznika nr 3 powołano się na Rozporządzenie z 17 maja 2012 r. o kodach resortowych. W dniu 27 kwietnia 2017 r. pojawiło się rozporządzenie zmieniające. W dniu 9 stycznia 2019 tekst jednolity.  |  |  |

|     |  |   |  |  |  |
|-----|--|---|--|--|--|
| 14. | Załącznik numer 3                                  | W załączniku wprowadza się wyjątki w zasadach przypisywania kodów resortowych do rodzajów działalności co dodatkowo komplikuje złożoną strukturę budowy kodu OPK. | Każda zmiana rozporządzenia w sprawie systemu kodów resortowych będzie skutkowałą zmianami w Rozporządzeniu w sprawie standardu rachunku kosztów w zakresie ewentualnych wyjątków.   |  |  |
| 15. | Załącznik numer 4                                  | Niejednakowy algorytm numeracji kont zespołu 4 kolejne poziomy analityk powinny być jednakowe dla wszystkich grup kont zespołu 4.                                 | Nie jest zachowana jednakowa zasada, nie ma jednego poziomu dla kosztów niepodatkowych, co nie pozwoli zebrać wszystkich NKUP wygenerowanych w jednostce (np. PFRON - brak poziomu dla NKUP), czytelny podział został zachowane tylko dla zespołu 400 (amortyzacja).   |  |  |
| 16. | Załącznik numer 4                                  | Ewidencja kosztów związanych z refakturowaniem na pozostałych kosztach operacyjnych.  | Koszty związane z refakturowaniem nie powinny być ewidencjonowane na zespole kont 4 (służącym do ewidencji kosztów związanych z działalnością operacyjną jednostki).   |  |  |
| 17. | Załącznik numer 4                                  | Brak jednolitej zasady dla szczegółowego podziału kosztów osobowych według grup zawodowych.   | Brak podziału kosztów na grupy zawodowe przy ewidencji znaczących kosztów np. ZFŚS przy jednoczesnym szczegółowym podziale kosztów dofinansowania do okularów.   |  |  |
| 18. | Załącznik numer 5<br>Ewidencja kosztów rodzajowych | Czy konieczne jest aż tak szczegółowe rozbijanie kosztów?   | Proponowany zespół kont zespołu 4 zawiera 1180 pozycji. Kierując się zasadą ekonomiczności kosztowej, mówiącej o tym, że koszt pozyskania informacji nie powinien przewyższać korzyści z ich posiadania należałoby niektóre pozycje połączyć a nie wydzielać. Czy konieczne jest wydzielanie kosztów papieru ksero i tonerów? Podobnie naczyń jednorazowych i wielorazowych. Rozumiejąc ideę szczegółowej ewidencji kosztów pracy, uważamy, że podział jest zbyt drobiazgowy – |  |  |



|     |                            |   |  |  |  |
|-----|----------------------------|---|--|--|--|
|     |                            |   | np. koszty dofinansowania do okularów.   |  |  |
| 19. | Załącznik numer 5          | Wymagana szczegółowość kosztów wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracowników może być istotnym problemem w konfiguracji systemów kadrowo - płacowych szpitali. Zbyt szczegółowe rozbudowane zapisy analityki w zakresie grup personelu oraz składników wynagrodzeń i ich pochodnych. | Wdrożenie rozwiązania przez szpitale uzależnione jest od możliwości firm informatycznych w zakresie zmodyfikowania systemów kadrowo - płacowych w żądany sposób. Zbyt duża szczegółowość zapisów już na starcie wrażania standardu zniechęci wielu świadczeniodawców do wprowadzania zmian w planach kont. Gromadzenie danych powinno zachować równowagę pomiędzy wymaganym poziomem dokładności i szczegółowości a kosztem jego osiągnięcia. Wydaje się, że nie jest konieczne, aż tak szczegółowe księgowanie poszczególnych składników wynagrodzeń 16 kategorii zawodów medycznych i niemedycznych. Ponadto takie rozwiązanie wymaga ścisłego powiązania programu płacowego z programem księgowym, gdyż tylko taka współpraca zapewni rzetelność przekazywanych danych. |  |  |
| 20. | Załącznik numer 5 poz. 234 | Podatek VAT winien być ewidencjonowany na kontach rozrachunkowych.  | Podatek VAT niepodlegający odliczeniu ze względu na charakter sprzedaży (sprzedaż zwolniona) co do zasady zwiększa wartość kosztów materiałów, towarów, środka trwałego i nie podlega wyodrębnionej w kosztach ewidencji.  |  |  |

|     |   |  |   |  |  |
|-----|---|--|---|--|--|
| 21. | Załącznik numer 5 poz. 1 -31  | Podział kont analitycznych do konta syntetycznego „Amortyzacja” w aż tak szczegółowy sposób nie jest możliwy w posiadanym systemie kosztowym.  | Proponujemy uogólnienie analityki, agregowanie z dotychczasową dokładnością, szczegółowe informacje do uzyskania z systemu Środki trwałe. Brak możliwości wprowadzenia w aktualnym systemie informatycznym. Szczegółowa analiza kosztów amortyzacji prowadzona jest zgodnie z ustawą o rachunkowości w księgach pomocniczych, będących odrębnymi systemami informatycznymi. Tak szczegółowe ich rozbicie w programie kosztowym byłoby powieleniem zapisów, powodowało mnóstwo dodatkowej pracy, a w analizie zaburzało obraz całości. |  |  |
| 22. | Załącznik numer 5 tabela nr 1 „Układ i nazwy kont zespołu 4”, pozycje lp. od 70 do 87 | W załączniku nr 5 w pozycjach lp. od 70 do 87 w kolumnie „II poziom analityczny” zastosowano oznaczenie „03”, właściwym wydaje się zastosowanie numeru kolejnego, tj. „04”.                              | Nazwy kont i ich szczegółowe wyodrębnienie wskazywałoby, iż nastąpiła omyłka pisarska, gdyż w pozycjach lp. 62 – 69 pod oznaczeniem „03” wskazuje się inne leki, natomiast w pozycjach lp. 70 - 87 pod oznaczeniem „03” wskazuje się materiały medyczne, co prowadzi do przypisania dwóch innych nazw kont do tych samych symboli kont.   |  |  |
| 23. | Załącznik numer 9 pkt 1.2.  | Proponowane uzupełnienie zakresu kosztów bezpośrednich typowo zużywanych zasobów o koszty sterylizacji urządzeń używanych w procedurze medycznej.  | Uzupełnienie zakresu kosztów bezpośrednich o typowe koszty sterylizacji sprzętu medycznego używanego do realizacji procedury.   |  |  |
| 24. | Załącznik 9 pkt 3   | Liczba etatów przeliczeniowych powinna uwzględniać absencje przysługujące przynajmniej z kodeksu pracy (urlopy). Wyłączenie kosztów odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych jest niezgodne z prawem. | Art. 92 (1) par. 1 Kodeksu Pracy oraz art. 39 ust.2 i 2a ustawy o Rachunkowości nakazują posiadanie takiej rezerwy.   |  |  |

|     |                         |   |  |  |  |
|-----|-------------------------|---|--|--|--|
| 25. | Ocena skutków regulacji | W OSR wskazano, że posiadane systemy informatyczne oraz poziom przygotowania świadczeniodawców do stosowania rachunku kosztów jest bardzo zróżnicowany a co za tym idzie nie ma możliwości oszacowania kosztów wdrożenia projektowanego rozwiązania u poszczególnych świadczeniodawców. | Potrzeba jest oszacowania, chociażby zakresowego, kosztów wdrożenia rozporządzenia oraz wskazania źródła ich finansowania. |  |  |
|-----|-------------------------|---|--|--|--|