

Projekt z dnia 13.08.2020 r.

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2020 r.

**w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców**

Na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o których mowa w art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) Agencja – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 2) działalność komercyjna – działalność gospodarcza finansowana ze środków innych niż publiczne;
- 3) działalność podstawowa – działalność lecznicza świadczeniodawcy lub inna działalność świadczeniodawcy wynikająca z celu działalności świadczeniodawcy;
- 4) działalność pomocnicza – działalność wspomagająca działalność podstawową świadczeniodawcy;
- 5) zarząd – działalność generująca koszty związane z zarządzaniem podmiotem leczniczym jako całością;
- 6) jednostka kalkulacyjna – wartość kosztów pośrednich procedury medycznej przypadająca na jednostkę kosztu normatywnego tej procedury;
- 7) klucz podziałowy – wielkość wyrażona ilościowo lub wartościowo służąca jako podstawa rozliczania kosztów OPK, przy uwzględnieniu zależności przyczynowo skutkowej;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 695 i 945.

- 8) koszty bezpośrednie OPK:
  - a) koszty poniesione w okresie rozliczeniowym, które w sposób jednoznaczny, na podstawie dowodów księgowych, można przypisać do OPK oraz
  - b) pozostałe koszty bezpośrednie, przypisane do OPK według przyjętych rozdzielników kosztów wspólnych;
- 9) koszt bezpośredni procedury medycznej – łączny koszt zasobów zużywanych podczas wykonywania procedury medycznej, zgodnie z przyjętym przez świadczeniodawcę sposobem wyceny;
- 10) koszty pośrednie OPK – alokowane koszty innych OPK działalności podstawowej i pomocniczej, rozliczone według przyjętych kluczy podziałowych;
- 11) koszt pośredni procedury medycznej – pozostałe koszty OPK proceduralnego nie będące kosztem bezpośrednim procedury medycznej, przypadające na jedną procedurę medyczną;
- 12) koszty wytworzenia OPK – suma kosztów bezpośrednich i pośrednich, o których mowa w pkt 7 i 9;
- 13) koszt wytworzenia procedury medycznej – suma kosztów bezpośrednich i pośrednich, o których mowa w pkt 8 i 10;
- 14) OPK (ośrodek powstawania kosztów) – wyodrębniona przez świadczeniodawcę jednostka organizacyjna lub komórka organizacyjna, zespół jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych, ich część lub wyodrębniony zakres działalności świadczeniodawcy, dla których prowadzona jest ewidencja kosztów;
- 15) OPK proceduralny – OPK działalności podstawowej, w którym realizowane są wyłącznie procedury medyczne;
- 16) procedura medyczna – procedura medyczna, o której mowa w art. 5 pkt 42 ustawy, wyodrębniona na potrzeby kalkulacji kosztów;
- 17) rozdzielnik kosztów wspólnych – jednostka miary umożliwiająca przypisanie pierwotnie zgrupowanych kosztów bezpośrednich do OPK;
- 18) świadczenie zdrowotne rzeczowe – świadczenie w rozumieniu art. 5 pkt 37 ustawy.

§ 3. 1. U świadczeniodawcy wyodrębnia się OPK działalności podstawowej, działalności pomocniczej i działalności zarządu, zgodnie z kodami funkcji ośrodków powstawania kosztów, określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Szczegółowy wykaz OPK ustala świadczeniodawca, biorąc pod uwagę swoją strukturę organizacyjną i zasady wyodrębniania OPK, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

3. W celu rozdzielenia poszczególnych rodzajów działalności świadczeniodawcy, świadczeniodawca prowadzi ewidencję kosztów OPK w układzie podmiotowo-funkcjonalnym.

4. Przekazując do Agencji dane, o których mowa w art. 311b ust. 1 oraz art. 311c ust. 4 ustawy, dla każdego wyodrębnionego OPK świadczeniodawca przypisuje właściwy kod funkcji zgodnie z kodami funkcji ośrodków powstawania kosztów, o których mowa w ust. 1 oraz kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego zawarte w zasadach przypisywania kodów charakteryzujących funkcje i specjalność komórki organizacyjnej do rodzajów działalności, określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia, w układzie zgodnym ze wzorem przypisania OPK świadczeniodawcy w układzie podmiotowo-funkcjonalnym (konta zespołu 5) do kodów funkcji oraz kodów charakteryzujących specjalności komórki organizacyjnej, określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

5. Kod syntetyczny konta OPK w systemie finansowo-księgowym może być tożsamy z kodem funkcji.

**§ 4. 1.** Kalkulacja kosztu wytworzenia OPK, z uwzględnieniem rodzajów prowadzonych działalności, obejmuje następujące etapy:

- 1) etap I – ewidencja kosztów bezpośrednich OPK, prowadzona zgodnie z § 5;
- 2) etap II – alokacja kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności pomocniczej na rzecz innych OPK zgodnie z § 6;
- 3) etap III – alokacja pozostałych kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności podstawowej, w tym kosztów OPK proceduralnych na rzecz OPK dla których realizowały usługi zgodnie z § 7.

2. Poszczególne etapy alokacji kosztów między OPK mogą być przeprowadzane w jednym lub kilku podetapach, w zależności od złożoności zidentyfikowanych relacji między OPK.

**§ 5. 1.** W celu ustalenia kosztów OPK dokonuje się ewidencji kosztów bezpośrednich tego OPK.

2. Ewidencją kosztów obejmuje się wszystkie ponoszone przez świadczeniodawcę koszty, z uwzględnieniem kryterium rodzajowego.

3. Ewidencja kosztów według kryterium rodzajowego – zespół kont 4, prowadzona jest zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia. Szczegółowa ewidencja kosztów w układzie rodzajowym, prowadzona jest na kolejnych poziomach kont analitycznych.

4. Ewidencjonowanie kosztów świadczeń zdrowotnych rzeczowych następuje w momencie najbliższym rzeczywistemu ich zużyciu.

5. Wszystkie koszty przypisuje się do tych OPK, w których są realizowane świadczenia opieki zdrowotnej lub czynności, z którymi koszty te są związane. Koszty osobowe ujmowane są proporcjonalnie do pracy wykonywanej na rzecz poszczególnych OPK.

6. Koszty bezpośrednie, których nie można przypisać do OPK w sposób jednoznaczny na podstawie dokumentów źródłowych, są przypisywane według standardowych rozdzielników kosztów wspólnych, określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

7. Dopuszcza się stosowanie u świadczeniodawcy rozdzielnika kosztów innego niż określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia, jeżeli zasadność jego zastosowania jest uzasadniona możliwością dokładniejszej alokacji kosztów.

8. W przypadku grup kosztów wspólnych niewyszczególnionych w załączniku nr 6 do rozporządzenia, świadczeniodawca stosuje własne rozdzielniki kosztów.

9. Świadczeniodawca przekazuje Agencji wykaz stosowanych rozdzielników kosztów w ramach udostępnienia danych o których mowa w art. 311b ust. 1 oraz art. 311c ust. 4 ustawy.

**§ 6.** 1. W celu określenia kosztów pośrednich OPK dokonuje się alokacji kosztów OPK działalności pomocniczej.

2. Na koszty OPK działalności pomocniczej składają się:

- 1) koszty bezpośrednie poniesione w tym OPK;
- 2) koszty pośrednie przypisane z innych OPK działalności podstawowej i pomocniczej, wykonujących usługi na rzecz tego OPK.

3. Alokacja kosztów OPK działalności pomocniczej, o których mowa w ust. 2, na rzecz innych OPK, dla których świadczy usługi, jest dokonywana w taki sposób, aby wszystkie koszty działalności pomocniczej zostały alokowane na te OPK.

4. Dla każdego OPK działalności pomocniczej ustala się klucz podziałowy, zgodnie ze standardowymi kluczami podziałowymi służącymi rozliczaniu działalności pomocniczej, które określone zostały w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

5. Dopuszcza się stosowanie przez świadczeniodawcę klucza podziałowego innego niż określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia, jeżeli jest to uzasadnione możliwością dokładniejszej alokacji kosztów działalności pomocniczej.

6. W przypadku rodzajów działalności pomocniczej niewyszczególnionej w załączniku nr 7, świadczeniodawca stosuje własne klucze podziałowe, które odzwierciedlają

zależność przyczynowo-skutkową powstawania kosztów w OPK działalności pomocniczej i umożliwiają dokładniejszą alokację kosztów niż przy zastosowaniu kluczy podziałowych wskazanych w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

7. Świadczeniodawca przekazuje Agencji wykaz stosowanych kluczy podziałowych w ramach udostępnienia danych, o których mowa w art. 311b ust. 1 oraz art. 311c ust. 4 ustawy.

8. Stawka kosztów na jednostkę przyjętą jako klucz podziałowy stanowi iloraz całkowitych kosztów OPK działalności pomocniczej i całkowitej liczby jednostek przyjętego klucza podziałowego.

9. Wysokość kosztów usług realizowanych przez OPK działalności pomocniczej na rzecz innych OPK ustala się jako iloczyn liczby jednostek klucza podziałowego przypisanych do danego OPK i ustalonej stawki kosztów na jednostkę przyjętego klucza podziałowego.

§ 7. 1. Alokacja kosztów OPK działalności podstawowej, w tym OPK proceduralnych, świadczących usługi na rzecz innych OPK, jest dokonywana w taki sposób, aby wszystkie koszty OPK zostały alokowane na rzecz OPK, dla których świadczone były usługi, przy zastosowaniu kluczy podziałowych zgodnych ze standardowymi kluczami podziałowymi służącymi rozliczaniu kosztów działalności podstawowej, w tym OPK proceduralnych, określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia.

2. Na koszty OPK proceduralnego składają się:

- 1) koszty bezpośrednie poniesione w tym OPK;
- 2) koszty pośrednie przypisane z innych OPK działalności pomocniczej i podstawowej, wykonujących usługi na rzecz tego OPK.

3. Do alokacji kosztów OPK proceduralnych stosuje się koszty wytworzenia procedur medycznych, które wycenia się według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów. W przypadku braku możliwości zastosowania wyceny według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów stosuje się wycenę w oparciu o koszty typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych.

4. Sposób wyceny procedur medycznych w oparciu o koszty typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych jest uzależniony od sposobu naliczania kosztów pośrednich procedury medycznej:

- 1) proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych lub
- 2) na podstawie jednostki kalkulacyjnej.

5. Sposoby wyceny procedur medycznych zostały określone w załączniku nr 9 rozporządzenia.

6. Dla każdego OPK proceduralnego świadczeniodawca sporządza wykaz procedur w nim wykonywanych, w sposób wyczerpujący całokształt jego działalności, przy wykorzystaniu aktualnego Słownika Procedur Medycznych (ICD-9 PL) ogłaszanego w formie komunikatu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9 lub jeżeli kod własny doprecyzowuje informacje o procedurze, dopuszczalne jest użycie własnego kodu. W przypadku wykazania kodów własnych świadczeniodawca przekazuje Agencji słownik kodów własnych z przyporządkowaniem kodu ze słownika ICD-9, w ramach udostępnienia danych, o których mowa w art. 311b ust. 1 oraz art. 311c ust. 4 ustawy.

7. Dla wszystkich procedur realizowanych w OPK proceduralnym świadczeniodawca prowadzi ilościową ewidencję ich wykonań.

8. Dla każdej z procedur umieszczonych w wykazie OPK proceduralnego świadczeniodawca sporządza ilościowe zestawienie zasobów materiałowych zużywanych podczas jej wykonywania, zgodnie z przyjętym przez świadczeniodawcę sposobem wyceny, wskazanym w ust. 3.

9. Przy alokacji kosztów OPK proceduralnego przyjmuje się, że przypisane bezpośrednio do świadczeniobiorcy koszty świadczeń zdrowotnych rzeczowych przenosi się na OPK odpowiednio do miejsca ujęcia przychodu i nie stanowią one kosztu wytworzenia procedury medycznej.

10. Koszty osobowe personelu zaangażowanego w wykonanie procedury medycznej ustala się w oparciu o czas trwania procedury oraz stawki wynagrodzeń tego personelu wraz z pochodnymi od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 3 sposobu wyceny procedur medycznych określonych w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

11. Koszt pośredni procedury medycznej jest wyliczany zgodnie z przyjętym sposobem wyceny wskazanym w ust. 4.

12. Jednostkowy koszt wytworzenia procedury medycznej stanowi suma jego jednostkowego kosztu bezpośredniego oraz kosztu pośredniego.

13. Świadczeniodawca przekazuje Agencji informacje o przyjętym sposobie wyceny procedur medycznych w ramach udostępnienia danych, o których mowa w art. 311b ust. 1 oraz art. 311c ust. 4 ustawy.

**§ 8.** 1. Koszty zarządu gromadzi się na OPK zarządu i stanowią sumę kosztów bezpośrednich tych OPK i kosztów alokowanych z innych OPK.

2. Do kosztów zarządu zalicza się koszty komórek organizacyjnych realizujących działalność o następującym charakterze:

- 1) kierownictwo świadczeniodawcy;
- 2) kancelaria (w tym dziennik podawczy i kancelaria tajna);
- 3) dział finansowo-księgowy;
- 4) dział ekonomiczny, controllingu, statystyki, rozliczeń;
- 5) dział kadr i płac;
- 6) dział organizacyjny, dział prawny – radcowie prawni, dział inwentaryzacji;
- 7) dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, przeciwpożarowy;
- 8) kontrola wewnętrzna, kontrola zarządcza, audyt;
- 9) pełnomocnicy, rzecznicy;
- 10) dział zamówień publicznych;
- 11) dział marketingu i promocji;
- 12) ubezpieczenie od odpowiedzialność z tytułu cyberprzestępstw;
- 13) ubezpieczenie odpowiedzialności zarządu;
- 14) kaplica, kapelan.

3. Do kosztów zarządu nie zalicza się kosztów o następującym charakterze:

- 1) koszty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, majątkowe;
- 2) całkowita wartość amortyzacji budynków;
- 3) całkowite koszty energii elektrycznej, ciepłej i innych mediów;
- 4) usługi sprzątnia;
- 5) usługi dozoru;
- 6) wywóz odpadów;
- 7) koszty działu informatyki.

4. Koszty, o których mowa w ust. 3, są alokowane na OPK rozdzielnikiem kosztów, zgodnie z warunkami określonymi w § 5.

**§ 9.** Koszt własny sprzedaży OPK stanowi suma kosztu wytworzenia OPK działalności podstawowej ustalonego zgodnie z § 4 rozporządzenia oraz alokowanych kosztów zarządu.

**§ 10.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

**MINISTER ZDROWIA**



## Uzasadnienie

Zgodnie z art. 311c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów. Celem rozporządzenia jest ujednoczenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie jest wynikiem prac prowadzonych we współpracy z szerokim gronem ekspertów, przedstawicieli podmiotów leczniczych. Rozporządzenie wprowadza model standardu rachunku kosztów mający na celu uporządkowanie ewidencji kosztów w podmiotach leczniczych, nie ingerując jednocześnie w sferę indywidualnych praktyk wynikających ze specyfiki udzielanych świadczeń. Pozwoli to na usprawnienie procesu taryfikacji bez narzucania szczegółowych rozwiązań, które ze względu na liczbę docelowych odbiorców charakteryzują się dużą różnorodnością. Jednym z zasadniczych aspektów rozporządzenia jest nałożenie na świadczeniodawców obowiązku rozdzielenia w systemach ewidencyjno-księgowych działalności leczniczej od pozostałej działalności. Powyższe realizuje postanowienia art. 311c ust. 6 ustawy. W zakresie działalności leczniczej rozporządzenie określa sposób ewidencji kosztów według rodzajów oraz alokację kosztów w układzie podmiotowo-funkcyjnym wraz z kalkulacją kosztów wytworzenia ośrodka powstawania kosztów (OPK).

Kluczowe regulacje wskazane w rozporządzeniu dotyczą:

1. Ewidencji kosztów wg kryterium rodzajowego - konta zespołu „4”:

Koszty rodzajowe związane z kosztami osobowymi ewidencjonuje się w podziale na wybrane grupy zawodowe, co w przyszłości pozwoli na bardzo dokładne monitorowanie zmian w tym zakresie. Zaproponowany podział kosztów personelu medycznego według formy zatrudnienia i grup zawodowych jest istotny dla prawidłowej wyceny procedur medycznych i wynika ze stosowanej w Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, metodyki taryfikacji świadczeń. Koszty analizowane są dla poszczególnych (16-stu) kategorii personelu medycznego odrębnie dla każdego ośrodka powstawania kosztów, a dana liczba i rodzaj kategorii personelu są uwzględniane w

wycenie świadczeń zależnie od ich specyfiki. W ramach ewidencji w podziale na grupy zawodowe wskazano 16 składowych wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia (w tym w ramach dyżurów oraz dyżurów pod telefonem) oraz umowy o dzieło, wraz ze stosownymi pochodnymi.

Kierując się zasadą ekonomiczności kosztowej mówiącej o tym, że koszt pozyskania informacji nie powinien przewyższać korzyści z ich posiadania, odstąpiono od rozdzielania dyżurów medycznych (regulowanych w przepisach art. 95 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; Dz. U. z 2011 r. poz. 654, z późn. zm.) i pozostałych dyżurów (regulowanych przepisami art. 151 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy; Dz. U. poz. 141, z późn. zm.), z uwagi na brak istotności takiego działania zarówno z punktu widzenia ewidencji kosztów przez świadczeniodawców jak i wyceny świadczeń. W procesie wyceny świadczeń pod uwagę brane są koszty osobowe poszczególnych grup personelu, obejmujące wynagrodzenie zasadnicze, dyżury oraz wszelkie inne koszty związane z pracą ludzką. Przy czym nie ma znaczenia, z których przepisów prawa dyżury te wynikają i nie stanowi to przedmiotu analiz. Wobec tego, termin „dyżury” odnosi się zarówno do dyżurów medycznych jak również do dyżurów.

Zaproponowano również odrębną ewidencję kosztów usług zakupionych przez świadczeniodawcę od podwykonawców wykonujących działalność leczniczą na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą wykonującą zawód medyczny w ramach własnej działalności gospodarczej, z uwagi na to, że ten rodzaj umów, w odróżnieniu od innych umów cywilnoprawnych, nie podlega obowiązkowi odprowadzania przez zleceniodawcę (świadczeniodawcę) składek do ZUS.

Wybrane grupy kosztów ewidencjonuje się w podziale na: koszty stanowiące koszty uzyskania przychodów i koszty niestanowiące kosztów uzyskania przychodów, z możliwością rozszerzenia takiej ewidencji na wszystkie konta rodzajowe na dalszych poziomach analityki. Powyższe jest spełnieniem postulatów świadczeniodawców w zakresie usprawnienia ustalenia tych kosztów w sprawozdawczości finansowej oraz podstawy opodatkowania w podatku dochodowym.

Wydziela się konta związane z „refakturowaniem”, które oznacza odsprzedaż usług po tej samej cenie, bez doliczania marży i prowizji. Powyższe zapisy mają charakter porządkujący, a informacje w tym zakresie będą uwzględniane przy kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w procesie ustalania taryf w celu zapewnienia taryfikacji

rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku produktów leczniczych wyodrębnia się konta do ewidencji kosztów w podziale na: „Leki”, „Leki do programów lekowych, leki do chemioterapii” z możliwością podziału na dalszych poziomach kont analitycznych według potrzeb świadczeniodawców. Jest to podyktowane bardzo dużą różnorodnością w rozwiązaniach stosowanych w tym zakresie w podmiotach leczniczych. Zagwarantowanie możliwości stosowania indywidualnego podejścia w tym obszarze wynika także z szerokiego spektrum stosowanych produktów leczniczych, w zależności od specyfiki udzielanych świadczeń.

Celem, do którego powinni dążyć świadczeniodawcy, jest takie rozwijanie systemów informatycznych, które umożliwi jak najpełniejsze ewidencjonowanie zużycia leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia. Bardzo istotną kwestią jest także prawidłowy rozdział czasu pracy personelu medycznego uwzględniający udzielanie świadczeń o różnym charakterze (m. in. udział w zabiegach operacyjnych, konsultacje specjalistyczne w ambulatorium, praca w oddziale szpitalnym). Prawidłowe odzwierciedlenie tych informacji jest gwarantem odpowiedniej kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

2. OPK – w zakresie zasad ich tworzenia oraz przypisywania kodów funkcji i specjalności:

W ramach ewidencji kosztów w układzie podmiotowo-funkcjonalnym, w rozporządzeniu określono rodzaje działalności wraz z przypisanym kodem funkcji, który może być wykorzystany przez świadczeniodawcę jako kod syntetyczny kont zespołu 5. Mając na uwadze konieczność wyodrębnienia poszczególnych rodzajów działalności, działalność lecznicza została wskazana na kontach zespołu 50X, pozostała działalność podstawowa na kontach zespołu 52X, działalność pomocnicza na kontach zespołu 53X, działalność komercyjna na kontach zespołu 54X oraz działalność zarządu na koncie 550.

Wykaz wszystkich OPK świadczeniodawca opracowuje w oparciu o strukturę organizacyjną oraz zasady opisane w załączniku do rozporządzenia, które obejmują m.in.:

- jednorodność – rozdzielanie kosztów OPK działalności podstawowej, funkcjonujących w ramach jednej struktury, ze szczególnym

uwzględnieniem rozdziału OPK działalności podstawowej od OPK proceduralnych (OPK z kodami 500-506 nie mogą być łączone z OPK z kodami 507) oraz poprawnego rozdzielania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach ryczału dobowego nad SOR/Izbie Przyjęć,

- w OPK o charakterze centralnego bloku operacyjnego wydzielanie poszczególnych grup sal operacyjnych według kryterium specjalności, wyposażenia, istotności kosztowej,
- wyodrębnienie OPK działalności pomocniczej dla tych usług, które są świadczone jednocześnie dla różnych OPK działalności podstawowej.

Mając na uwadze wyraźny rozdział rodzajów działalności realizowanych przez świadczeniodawców, w załączniku nr 1 zaproponowano podział OPK uwzględniający również działalność leczniczą realizowaną na rzecz podmiotów zewnętrznych tj.:

- realizowanych na rzecz świadczeniobiorców, ale finansowaną bezpośrednio przez NFZ w ramach tzw. świadczeń kosztochłonnych (508),
- finansowanych z innych środków niż środki publiczne w ramach tzw. działalności komercyjnej (540), co ma związek z zapisami § 7 ust. 1, które stanowią o alokacji wszystkich kosztów OPK proceduralnych na rzecz tych OPK, dla których świadczone były usługi.

Przy przekazywaniu Agencji danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy, świadczeniodawca został zobowiązany do przypisania do każdego wyodrębnionego u siebie OPK właściwego kodu funkcji (spośród wskazanych w załączniku nr 1) oraz kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego (wskazane w załączniku nr 3), a następnie do przekazania tych danych w układzie wskazanym w załączniku nr 4 do rozporządzenia. Zapis wskazujący, że kod funkcji może być tożsamy z kodem syntetycznym „5-tek” daje świadczeniodawcom możliwość usystematyzowania w swoim systemie księgowo-finansowym kont zespołu 5 zgodnie z załącznikiem nr 1. Natomiast świadczeniodawcy, którzy mają usystematyzowane konta zespołu 5 według innego układu, nie będą musieli dokonywać zmian w dotychczasowej ich budowie, jeśli uznają, że zaproponowane rozwiązanie nie będzie optymalne z zarządczego punktu widzenia. Z kolei kody resortowe (część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu

lecniczego podmiotu leczniczego) świadczeniodawcy zobowiązani są przypisać jedynie do OPK odpowiadających komórkom organizacyjnym wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173). Dla komórek, które nie posiadają kodów resortowych (np. działalność niemedyczna), świadczeniodawcy stosują indywidualne rozwiązania w zakresie budowy kont. Rozwiązanie takie nie ingeruje w systemy świadczeniodawców, dając im możliwość wyboru i zaimplementowania rozwiązań wskazanych w rozporządzeniu. Pozwoli to na uniknięcie dużego nakładu pracy związanej z technicznym dostosowywaniem systemów, a jednocześnie zagwarantuje przekazanie Agencji jednolitych danych na potrzeby taryfikacji.

3. Stosowania rozdzielników kosztów wspólnych oraz kluczy podziałowych.

W rozporządzeniu wskazano standardowe rozdzielniki kosztów wspólnych oraz klucze podziałowe. Rozporządzenie dopuszcza jednak stosowanie innych rozwiązań jeśli zapewniają lepsze odwzorowanie struktury kosztów poszczególnych świadczeniodawców.

4. Ustalania sposobu wyceny procedur:

Oczekiwana do zastosowania przez świadczeniodawców jest metoda oparta na rzeczywistych kosztach wytworzenia procedur. Niemniej jednak uwzględniając różne możliwości i poziom szczegółowości ewidencjonowania danych w systemach informatycznych świadczeniodawców na dzień wejścia w życie rozporządzenia oraz czas i nakłady niezbędne do wdrożenia nowych rozwiązań, w przypadku faktycznego braku możliwości ewidencji rzeczywistych kosztów realizowanych procedur medycznych dopuszczono stosowanie wyceny w oparciu o:

- koszty typowo zużywanych zasobów - metoda uwzględniająca standardowy czas wykonania procedur medycznych - zwłaszcza dla procedur zabiegowych lub
- koszty typowo zużywanych zasobów - metoda wykorzystująca jednostkę kalkulacyjną zwłaszcza dla procedur diagnostycznych lub świadczeniodawców nie posiadających w strukturze organizacyjnej sal operacyjnych/zabiegowych. Przy czym kolejność wskazania tych metod odpowiada kolejności preferowania przez Agencję ich zastosowania.

5. Ewidencji kosztów zarządu:

W rozporządzeniu wskazano komórki organizacyjne wchodzące w skład kosztów zarządu. Z uwagi na stosowane u świadczeniodawców odmienne nazwy komórek organizacyjnych zarządu, świadczeniodawca przy zastosowaniu § 8 rozporządzenia, powinien brać pod uwagę charakter funkcji i działalności tych komórek.

Nie narzuca się świadczeniodawcom jednego sposobu rozliczania kosztów zarządu, co umożliwi im wybór ich rozliczania w zespole kont 5 lub zespole kont 7, zgodnie z przyjętą polityką rachunkowości. W związku z tymi zmianami zrezygnowano z definicji OPK finalnego (ośrodek powstawania kosztów finalny) oraz narzucenia IV etapu kalkulacji kosztu wytworzenia OPK.

W związku z licznymi głosami przedstawicieli podmiotów leczniczych, które wskazywały na brak możliwości wdrożenia rozwiązań ze względu na niewystarczające przygotowanie w zakresie systemów informatycznych i ich integracji, rozporządzenie nie narzuca konkretnych do zaimplementowania modułów kalkulacyjnych. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, że opcje wskazywane w rozporządzeniu jako najbardziej pożądane, powinny stać się punktem odniesienia w zakresie planowanych do wdrażania rozwiązań i modyfikacji systemów. W szczególności dotyczy to ewidencji produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które docelowo powinny być powiązane z leczeniem konkretnych świadczeniobiorców. Kalkulacja pełnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wymaga stosowania metod umożliwiających jak najdokładniejsze odwzorowanie i przyporządkowanie ich elementów składowych. Docelowa kalkulacja w oparciu o rzeczywiste koszty procedur medycznych powinna być wynikiem wdrażania zapisów niniejszego rozporządzenia.

Standard rachunku kosztów jest zbiorem najlepszych praktyk, których zastosowanie przyczyni się do poprawy jakości danych przekazywanych do Agencji. Agencja w ramach postępowań taryfikacyjnych będzie otrzymywać od świadczeniodawców informacje dotyczące zastosowanych rozwiązań tj. wykazu OPK wraz z przypisanymi kodami funkcji oraz kodami resortowymi, rozdzielników kosztów wspólnych, kluczy podziałowych oraz sposobu wyceny procedur medycznych. Pozwoli to na analizę kształtowania się kosztów w zależności od zastosowanych rozwiązań. Ujednolicenie ewidencji kosztów i rozliczania w przyszłości pozwoli Agencji na zautomatyzowanie przesyłania do Agencji danych, co przyczyni się z kolei do przyspieszenia procesu taryfikacji.

Zaproponowane w rozporządzeniu rozwiązania powinny także posłużyć świadczeniodawcom na potrzeby zarządcze, w zakresie sprawowanej kontroli wewnętrznej (kierownictwo zakładu) i zewnętrznej (np. podmiot tworzący) oraz ewidencji rodzaju zakontraktowanych świadczeń, a także prawidłowemu przypisaniu przychodów i kosztów do miejsc ich powstawania.

W rozporządzeniu nie został narzucony sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 31n pkt 2a ustawy do zadań Agencji należy opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń. W związku z powyższym kalkulacja świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest przez Agencję w oparciu o dane pozyskiwane od świadczeniodawców w ramach prowadzonych postępowań taryfikacyjnych oraz w oparciu o przyjętą metodykę, na podstawie której dokonuje kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego też świadczeniodawcy w zakresie własnych kalkulacji dotyczących kosztów świadczeń opieki zdrowotnej powinni stosować publikowaną przez Agencję „Metodykę taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej” i odnosić się do raportów w sprawie ustalenia taryf świadczeń.

Ze względu na dużą różnorodność w zakresie form udzielania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, rozporządzenie nie określa sposobu kalkulacji tzw. gotowości oraz kosztów niewykorzystanych zasobów. Kalkulacje te mogą być prowadzone przez świadczeniodawców w oparciu o zasady wskazane w metodyce taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 31n pkt 2 ustawy, a także indywidualne uwarunkowania danego podmiotu leczniczego.

Podjmując działania zmierzające do usprawniania procesu taryfikacji, a także mając na uwadze potrzeby zarządcze kierowników podmiotów leczniczych oraz przedstawicieli organów założycielskich, Agencja planuje stworzenie bazy wskaźników ekonomicznofinansowych. W oparciu o zunifikowane dane z podmiotów leczniczych możliwa będzie analiza poszczególnych wskaźników i porównania pomiędzy świadczeniodawcami. Będzie ona uzupełnieniem ustawowego obowiązku w zakresie prezentowania i interpretowania danych o kosztach świadczeń. Stworzona w ten sposób baza stanowić będzie narzędzie kontroli i zarządzania, którego odpowiednie zastosowanie ułatwi świadczeniodawcom podejmowanie decyzji zarządczych.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Przedmiotowe rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ma wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców objętych obowiązkiem prowadzenia pełnej księgowości zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351) w zakresie dostosowania systemów finansowo-księgowych do układu kont zespołu 4 i 5 określonych w rozporządzeniu.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.