



Polska Unia Szpitali Klinicznych

Stowarzyszenie

Poznań, 27 stycznia 2015 r.

Sz. P.

Sławomir Neumann

Sekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki Zdrowotnej

Ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na prośbę o zgłaszanie ewentualnych uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców uprzejmie informuję, że przesyłam uwagi do ww. projektu. Temat ten jest niezmiernie ważny ze względu na jego wpływ na przyszłą kondycję finansową Szpitali, o czym świadczy ilość zgłoszonych uwag.

Załączona opinia została sformułowana na podstawie uwag uzyskanych od Członków Stowarzyszenia i porusza różnorakie aspekty problemu.

Na potrzeby konsultacji wypowiedziały się poszczególne podmioty:

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II
2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
3. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
5. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Stowarzyszenie *Polska Unia Szpitali Klinicznych*

REGON: 140544131

NIP: 5272520070

Adres do korespondencji
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
e-mail: uniaszpitali@skpp.edu.pl



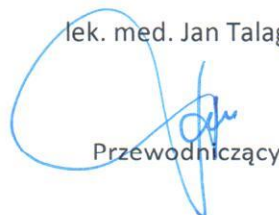
Polska Unia Szpitali Klinicznych
Stowarzyszenie

6. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy w Otwocku
7. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie
8. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
9. Szpital Uniwersytecki w Krakowie
10. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
11. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
12. Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Zgodnie z prośbą uwagi zostały przesłane również drogą elektroniczną.

W imieniu Zarządu

lek. med. Jan Talaga



Przewodniczący



Uwagi Polskiej Unii Szpitali Klinicznych do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców

Na początku konieczne wydaje się ustalenie, jaki jest cel proponowanej zmiany systemu kalkulacji kosztów w podmiotach leczniczych. To, że aktualnie nie ma żadnego aktu obowiązującego w zakresie rachunku kosztów w jednostkach opieki zdrowotnej, nie zmienia faktu, iż zdecydowana większość podmiotów leczniczych bazuje na metodologii opisanej w rozporządzeniu z 1998 roku, które przestało obowiązywać w połowie 2011 roku. Dopiero po ustaleniu, jakiemu celowi ma służyć ta zmiana, możliwe będzie zaopiniowanie konkretnej propozycji.

W uzasadnieniu do Projektu stwierdzono, iż:

Warto również zaznaczyć, że rozwiązania merytoryczne zaproponowane w niniejszym rozporządzeniu mają bezpośredni związek z projektem pt. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt ten był realizowany przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie od października 2009 r. do końca 2013 r. Głównym celem ww. projektu była poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez podniesienie kompetencji pracowników podmiotów leczniczych (ówczesnych zakładów opieki zdrowotnej), przede wszystkim osób zaliczających się do kadry zarządczej, m.in. w zakresie możliwości wykorzystania narzędzi rachunkowości zarządczej oraz w zakresie metodologii zbierania, przetwarzania i raportowania informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę, cel jaki przyświecał twórcom modelu przygotowywanego w latach 2009 – 2013 oraz dotychczasową implementację tych rozwiązań w podmiotach leczniczych, można stwierdzić, iż pomimo faktu, iż nowy model kalkulacji kosztów miał być stworzony na potrzeby lepszego zarządzania oraz uzyskiwania „lepszycy” danych zarządczych, pomimo przeszkolenia tysięcy osób

Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych

REGON: 140544131

NIP: 5272520070

Adres do korespondencji
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
e-mail: uniaszpitali@skpp.edu.pl



z kilku tysięcy podmiotów leczniczych oraz przeszło 400 przedstawicieli podmiotów tworzących, aktualnie niewiele podmiotów zaczęło z tego rozwiązania korzystać. Można sobie postawić pytanie, dlaczego? Skoro rozwiązanie jest tak dobre i umożliwia znaczną poprawę jakości zarządzania, to dlaczego? Wśród powodów można wymienić choćby dwa, które są chyba najistotniejsze. Po pierwsze dodatkowe korzyści informacyjne płynące z wdrożenia nowego rozwiązania są de facto niewielkie w porównaniu z możliwymi do uzyskania z w pełni wdrożonego rachunku kosztów

W odniesieniu do rejestracji informacji w systemie finansowo-księgowym rozporządzenie określa jedynie te wytyczne, które są istotne z punktu widzenia dalszego wykorzystania danych w module kontrolingowym i mają bezpośredni związek z możliwością kalkulacji planowanego kosztu świadczenia opieki zdrowotnej. Rozbudowa ewidencji kosztów faktycznie poniesionych daje możliwość wygenerowania informacji o dużym stopniu szczegółowości. Taka informacja jest niezbędna, aby rachunek kosztów mógł spełnić potrzeby informacyjne różnych odbiorców. Należy jednak pamiętać, że im większa szczegółowość, tym większa ilość kont księgowych i wyższe koszty prowadzenia ksiąg.

bazującego na rozporządzeniu z 1998 roku. Po drugie słusznie stwierdzono, iż:

W rzeczywistości jednak projektowane rozwiązanie zmusza do wprowadzenia szeregu dodatkowej ewidencji w systemie finansowo-księgowym, a ponadto do zakupu dedykowanego do proponowanego modelu systemu kontrolingowego oraz wykonania ogromnej pracy przygotowawczej, aby wdrożenie tego systemu mogło nastąpić.

To właśnie te dwie zasadnicze przyczyny spowodowały, że zainteresowanie proponowanym rozwiązaniem, pomimo przeszkolenia kilku tysięcy osób, w tym przeszło 1200 liderów w zakresie szczegółów nowego podejścia do rachunku kosztów, jest niewielkie.

W zarządzaniu jedną z podstawowych zasad, podobnie jak w rachunkowości, jest zasada istotności. Skoro z proponowanego rozwiązania, wymagającego ogromnych nakładów zarówno finansowych, jak i pracy ludzkiej zatrudnionych pracowników, wynika możliwość uzyskania niewielu dodatkowych informacji, niedostępnych bez wdrażania nowego, poniekąd rewolucyjnego rozwiązania, mało który racjonalnie zarządzający na to się decyduje.



A jaki jest właściwie cel wprowadzania tak rewolucyjnej zmiany? W kontekście realizacji zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, celem jest zebranie danych z podmiotów leczniczych, na podstawie których możliwe będzie skalkulowanie taryf (stawek) dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej. Tylko że na bazie metodologii opisanej rozporządzeniem z 22 grudnia 1998 roku było to możliwe i to ze stosunkowo dużą szczegółowością. Można było też skalkulować koszty nawet bardziej złożonych świadczeń, jak choćby poszczególnych jednorodnych grup pacjentów (JGP) i innych w różny sposób definiowanych świadczeń zdrowotnych. Czego zatem zabrakło? Zabrakło pełnego wdrożenia w odpowiedniej reprezentatywnej grupie świadczeniodawców rachunku kosztów opisanego rozporządzeniem z 1998 roku. Dlaczego świadczeniodawcy tego nie wdrożyli? Otóż przede wszystkim dlatego, że ówczesny model wydawał się zbyt skomplikowany, a jego pełne wdrożenie wymagało szeregu danych ewidencyjnych, których bez sprawnie działających zintegrowanych systemów komputerowych nie dało się uzyskać, a na zakup właściwych narzędzi informatycznych zawsze brakowało pieniędzy. A należy w tym miejscu przypomnieć, że ówczesny model rachunku kosztów był znacznie mniej skomplikowany - w porównaniu z modelem proponowanym, był banalnie prosty.

Należy jednoznacznie stwierdzić, iż na podstawie danych możliwych do uzyskiwania w oparciu o rachunek kosztów opisanych rozporządzeniem MZiOS z 22 grudnia 1998 roku, po drobnych uszczegółowieniach i wskazaniu kilku wytycznych w zakresie jego ujednocnienia, istnieje możliwość dokonania kalkulacji rzeczywistych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w praktycznie dowolnych układach, z całą pewnością odpowiadających np. aktualnie stosowanym przez NFZ miernikom działalności świadczeniodawców (świadczeń definiowanych przez NFZ jako podstawowe jednostki rozliczeniowe).

Co ciekawe, projekt rozporządzenia nie zawiera w zasadzie nowych finalnych obiektów kosztów, a bazuje głównie na stosowanych w dotychczasowym systemie rachunku kosztów, tzn. na osobodniu opieki na konkretnym oddziale (z podziałem na opiekę medyczną i pobyt – taki podział sugerowany był też w ramach poprzedniego systemu), kosztach procedur wykonanych na rzecz pacjenta oraz kosztach leków i materiałów medycznych przypisanych bezpośrednio do pacjenta. Wyodrębnia się jedynie osobno koszty gotowości rozliczane na pacjenta, co w poprzednim rozwiązaniu było zawarte już w kosztach pozostałych przedmiotów kosztów. Wydzielenie kosztów gotowości

Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych

REGON: 140544131

NIP: 5272520070

Adres do korespondencji
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
e-mail: uniaszpitali@skpp.edu.pl



nie stanowiło też problemu, jednak ze względu na brak potrzeby jego wyodrębniania, nie było to w praktyce stosowane.

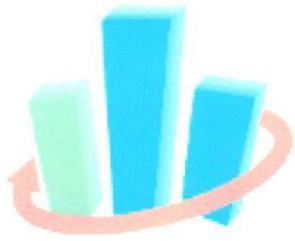
Finalnie koszty pacjentów liczone wg obydwu metodologii kalkulacji dadzą zbliżone rezultaty. Zatem wydaje się, że nie ma potrzeby ponoszenia tak ogromnych nakładów, jakie należałoby ponieść, aby wdrożyć nowy, proponowany w projekcie system rachunku kosztów. Tym bardziej, że nadal pozostawia on dużą dowolność w zakresie ustalania chociażby tzw. dostępności teoretycznej i praktycznej zasobów, co rzutuje bezwzględnie na wartości takich obiektów kosztów, jak gotowość, koszty niewykorzystanych zasobów, ale również finalne koszty leczenia pacjentów.

Z punktu widzenia celu rozporządzenia, mającego umożliwić ujednoczenie danych kosztowych gromadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, aby ustalać stawki

na świadczenia zdrowotne, wprowadzanie dodatkowego poziomu ewidencyjnego w postaci wykorzystywanych zasobów, podzielonych na kategorie, nie ma uzasadnienia (nie ma przełożenia na zmianę kosztów jednostkowych). Tym bardziej, biorąc pod uwagę nakłady pracy potrzebnej na wprowadzenie tych zmian, jak również rzeczywistych korzyści, jakie dzięki temu będzie można uzyskać. Podobnie wydzielenie kosztów gotowości, których sposób wydzielenia jest niejasny i ich rozróżnienie od kosztów niewykorzystanych zasobów będzie subiektywne i w praktyce iluzoryczne. Ponadto ostatecznie koszty gotowości stają się częścią kosztu jednostkowego realizowanych świadczeń, zatem efekt finalny kalkulacji jest identyczny z przeprowadzonym dotychczas.

Najważniejszą wadą proponowanego projektu rozporządzenia jest jednak sposób skomplikowania systemu rachunku kosztów, co może spowodować, że nie będzie odpowiednio licznej reprezentatywnej grupy świadczeniodawców zainteresowanych współpracą z AOTMiT, czego konsekwencją będzie niska jakość zbieranych przez Agencję danych, co z kolei doprowadzi do ustalania niewłaściwych taryf.

W oparciu o dokonywane analizy oraz wieloletnią letnią obserwację sposobu kalkulacji kosztów świadczeń zdrowotnych czy też poziomu ich finansowania przez płatnika publicznego, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia, należy pozytywnie ocenić działania Ministra Zdrowia mające na celu gromadzenie i przetwarzanie danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń przez Agencję

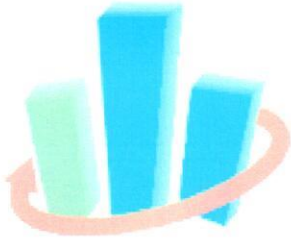


Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o których mowa w art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projektowane rozporządzenie określa sposób identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych w systemie finansowo-księgowym oraz sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym, jako zalecenia standardu prowadzenia rachunku kosztów u świadczeniodawców, którzy zawarli z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowę o której mowa w art. 31lc w/w ustawy.

Zgodnie z uzasadnieniem do opiniowanego projektu, rozporządzenie to jest wynikiem wypracowanego merytorycznego rozwiązania w ramach projektu „*Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej - szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ*” współfinansowanego ze środków EFS w ramach POKL, którego głównym celem była poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia, w tym w zakresie metodologii zbierania, przetwarzania i raportowania informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych. W ocenie opiniującego należy rozważyć rozszerzenie zalecenia stosowania projektowanego rozporządzenia, jako narzędzia pozwalającego na poprawę jakości zarządzania również o świadczeniodawców, których celem jest poprawa efektywności zarządczej. W projektowanym rozporządzeniu co prawda nie znajdują się ograniczenia co do możliwości korzystania ze standardu, jednak przywołana podstawa prawna oraz zapisy par. 1 pkt.1 skutecznie zawężić mogą grupę potencjalnych podmiotów. Ponadto w procesie zbierania danych kosztowych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji istotne znaczenie będzie miała właściwie dobrana grupa docelowa (dobór próby będzie wpływał na reprezentatywność oraz wiarygodność przedstawianych kalkulacji świadczeń), co uzasadnia rozszerzenie zalecenia stosowania opracowanego standardu.

Projekt rozporządzenia przewiduje rozbudowę ewidencji kosztów faktycznie poniesionych do bardzo dużego stopnia szczegółowości, jak również bardzo szczegółowe kalkulowanie planowanych kosztów. Wymagany poziom szczegółowości rodzi konieczność ponoszenia znacznych dodatkowych kosztów związanych z obsługą systemu zarówno po stronie „białej” jak i „szarej”, a tym samym podwyższa koszty funkcjonowania jednostki ograniczając jej konkurencyjność na rynku zdrowia.



Według oceniającego ponadto na uwagę zasługuje konieczność doprecyzowania:

1. znaczenia pojęcia „koszt jednostkowy mało istotny w odniesieniu do kosztu pobytu na oddziale” o którym mowa w par. 7 pkt. 5 projektowanego rozporządzenia oraz doprecyzowania znaczenia pojęcia „koszt jednostkowy jest istotny w odniesieniu do kosztu tej procedury” o którym mowa w par. 7 pkt. 6 w/w projektu. W uzasadnieniu należy wskazać, iż brak określenia wskaźnika istotności przez projektodawcę wpływa na dowolność interpretacji tego zapisu przez poszczególnych świadczeniodawców oraz jego nadużywanie w sytuacji konieczności identyfikacji kosztów leków lub wyrobów medycznych w kalkulacji kosztów pobytu czy kosztów procedury,
2. innych informacji niezbędnych do ustalenia kosztów planowanych dla danego ośrodka kosztów działalności podstawowej innych niż koszty rzeczywiste o których mowa m.in. w par. 8 pkt. 1. W uzasadnieniu należy wskazać, że zastosowane przez projektodawcę określenie „inne informacje” mają na celu umożliwienie uzyskania prawidłowej informacji planowanej i stanowią otwarty katalog, a co za tym idzie mogą być wykorzystywane do ujęcia w planowanej kalkulacji kosztów prostych nie tylko kosztów rzeczywistych i ich uaktualnienia, ale też innych elementów.

Standard rachunku kosztów określony projektowanym rozporządzeniem w zakresie sposobu identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych w systemie finansowo-księgowym wprowadza dodatkowy poziom analityczny dotyczący ewidencji obejmującej kategorie kosztów prostych dla działalności podstawowej, co wymagać będzie zmian w dotychczasowych systemach finansowo-księgowych i zmian w stosowanych politykach rachunkowości przez szpitale. Rozporządzenie zgodnie z propozycją wchodzi w życie 14 dni od dnia ogłoszenia, co wskazuje, iż zmiany w przepisach rachunkowości podmiotów miałyby wejść w życie w trakcie roku obrachunkowego.



Proponuje się zmianę zapisów par. 3 pkt. 4 poprzez rozszerzenie sposobu ustalania wykazu ośrodków kosztów działalności podstawowej świadczeniodawcy. Należy bowiem zwrócić uwagę iż proponowany zapis par. 3 pkt.4 ust. 1 zawęży m.in. wykaz ośrodków działalności podstawowej, definiowanej w par. 2 pkt. 4, jako działalność świadczeniodawcy związaną z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Warto zwrócić uwagę na to, iż świadczeniodawcy w przypadku realizacji poszczególnych zakresów są zobowiązani do wyodrębnienia w ramach ośrodków działalności podstawowej bardziej szczegółowych zakresów niż określone w projektowanym rozporządzeniu i przywołane w par. 3. pkt. 4 ust. 1 (np. procedury wysokospecjalistyczne finansowane w ramach odrębnych umów, wyodrębnione procedury i świadczenia zdrowotne finansowane w ramach projektów finansowanych ze środków zagranicznych).

Standard określa również nowy element jakim jest sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej oraz wprowadza dodatkowy system zwany modułem kontrolingowym. Główny obszar zmian w podejściu do rachunku kosztów można właściwie zaobserwować w zakresie wprowadzenia systemu kontrolingowego w tym w szczególności:

- a) zdefiniowania obiektów kosztów i sposobu ich identyfikacji,
- b) określeniu zasad kalkulacji planowanych kosztów:
 - usług działalności pomocniczej,
 - zasobów ekonomicznych,
 - procedur medycznych,
 - osobodnia hospitalizacji,
 - leków i wyrobów medycznych,
 - wykonania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich odniesienia do wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej,

oraz zasad kalkulacji kosztów niewykorzystanych zasobów ekonomicznych.



Tak istotna zmiana dotycząca wprowadzenia dodatkowego systemu, jakim jest system kontrolingowy, bezsprzecznie jest niezbędna, jednak brak jest w ocenie skutków regulacji wskazań źródła pokrycia sfinansowania proponowanych rozwiązań. W ocenie opiniującego należałoby zabezpieczyć konieczność rozwoju poprawy efektywności zarządczej w podmiotach leczniczych zdecydowanych na wprowadzenie standardu poprzez zabezpieczenie przez projektodawcę środków na realizację inwestycji w zakresie wypracowania przez poszczególne podmioty narzędzi wspierających system kontrolingowy. Zabezpieczenie to mogłoby odbyć się wielopłaszczyznowo: na poziomie regionalnym, poprzez odpowiednie programy realizowane w ramach projektów regionalnych oraz na poziomie centralnym dla podmiotów leczniczych, m.in. takich jak szpitale resortowe, czy instytuty z uwagi na ograniczenie narzucone linią demarkacyjną i brak możliwości aplikowania o środki z RPO tych placówek.

Projekt rozporządzenia zakłada, w oparciu o zapis §1 ust. 1, że standard rachunku kosztów wdrożą i są zobowiązane go stosować ci świadczeniodawcy, którzy zawrą umowę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Niestety poza zapisami dotyczącymi art. 311c ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) – w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2015r., że są to....(...) *podmioty lecznicze, zapewniające najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych, wyłonione w postępowaniu ogłoszonym przez AOTMiT ...(...)* w żaden inny sposób nie są opisane podmioty, które będą wytypowane do tego projektu. Natomiast naszym zdaniem oraz w opinii ekspertów zajmujących się tą tematyką, w projekcie pilotażowego wdrażania standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, powinna uczestniczyć wyselekcjonowana grupa jednostek, a więc te placówki medyczne, które są najbardziej reprezentatywne w swoim profilu dla poszczególnych województw.

Ustawodawca w §3 rozporządzenia określił, że aby prowadzić jednolity rachunek kosztów należy posługiwać się podobnym planem kont księgowych, oczywiście zastrzegł w §5, że podany w załączniku nr 1 do rozporządzenia plan kont księgowych jest wzorcowy, jednak – w naszej ocenie –



samo stworzenie kont księgowych o tej samej nazwie to za mało. Chodzi o to, aby dokładnie to samo na nich uwzględniano. Najważniejsze są więc precyzyjne i stosowane przez wszystkich świadczeniodawców definicje, słowniki pojęć, dzięki którym określony wydatek będzie księgowany tak samo i w tej samej pozycji.

W ocenie skutków regulacji projektodawca wskazuje na problem jaki dzięki wprowadzeniu rozporządzenia zostaje objęty regulacją, jak również projektodawca wskazuje na oczekiwany efekt, jakim jest ujednoczenie sposobu identyfikacji gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, co tym bardziej uzasadnia konieczność zabezpieczenia finansowego możliwości realizacji projektowanych zmian.

Projekt ma charakter wykonawczy do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zatem oddziałuje nie tylko na świadczeniodawców którzy zawrą umowę w ramach współpracy z AOTMiT, ale będzie miało wpływ na wycenę świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co nie zostało objęte skutkami regulacji. Ponadto z uwagi na odpłatny charakter umów oraz przeznaczone na taryfikację środki finansowe projektowany standard nie pozostaje bez wpływu na sektor finansów publicznych.

Nie bez znaczenia również dla wydatków podmiotów podejmujących współpracę z AOTMiT będzie konieczność wprowadzenia standardu w projektowanym terminie i jego przestrzeganie od 1 stycznia 2020 r. zwłaszcza, iż wiodący element standardu, jakim jest moduł kontrolingowy, będzie musiał być wdrożony w placówkach, bo inaczej AOTMiT nie zrealizuje programu taryfikacji w oparciu o ich realne koszty.

Ponadto uwagi szczegółowe dotyczą:

§18, tj. kalkulacji kosztu osobodnia hospitalizacji, a konkretnie braku zapisu w jaki sposób kalkuluje się :

- a) koszt osobodnia pobytu w oddziale (że sumuje się tzw. koszty hotelowe oddziału, następnie dzieli się je przez praktyczną dostępność osobodni w oddziale i dolicza się do



tego kosztu koszt żywienia oraz leków i wyrobów medycznych, które nie są odnoszone bezpośrednio na pacjenta),

- b) koszt opieki medycznej (że należy wyliczyć łączną liczbę godzin personelu medycznego przypadającą na 1 osobodzień opieki w oddziale a następnie przemnożyć przez stawkę godzinową danego personelu, uwzględniając obciążenie oddziału na poziomie praktycznym);

§19 ust.4, tj. odnoszenia leków i wyrobów medycznych bezpośrednio na pacjenta w postaci liczby opakowań, podczas gdy NFZ w szczegółowej specyfikacji kosztowej do rozliczania świadczeń za zgodą płatnika wymaga wykazania leków i wyrobów medycznych w jednostkach naturalnych (liczba tabletek, ampułek, itp.)

§23 wykazania kosztów niezakończonych świadczeń medycznych udzielanych na przełomie roku, a konkretnie dopisania: że wartość tak wyliczonych kosztów nie może przekroczyć wartości uzyskanych ze sprzedaży świadczenia.

Dodatkowo w projekcie jest dużo nieprecyzyjnych sformułowań:

§2p17 - definicja osobodnia hospitalizacji wydaje się być niekompletna. Co więcej brakuje jasno sprecyzowanych zasad w jaki sposób liczyć ilość osobodni hospitalizacji w podziale na oddziały. Przykładowo pacjent jednego dnia był leczony na 2 oddziałach i o 22:00 został przepisany na 3 oddział. Który oddział powinien zaraportować obiekt kosztów typu osobodzień? Brak informacji jak rozumieć: „...związaną z tym opieką medyczną”.

§17p1 - czym są procedury o charakterze jednorodnym? użycie takiego sformułowania sugeruje również istnienie procedur o charakterze niejednorodnym. Czym są procedury niejednorodne?

Warto rozważyć dodanie możliwości kalkulowania kosztów procedur wg informacji o rzeczywistym wykorzystaniu zasobów. Sposób rozliczania dotyczy przede wszystkim procedur zabiegowych, gdzie dokładnie ta sama procedura w zależności od pacjenta będzie się znacząco różnić zarówno wykorzystywanymi zasobami jak i stopniem ich wykorzystania. W przypadku posiadania szczegółowej ewidencji wykorzystania tych zasobów można skalkulować rzeczywisty koszt zabiegu bez konieczności opisywania zabiegów. Wymóg opisywania typowego przebiegu procedury w połączeniu z wielowariantowością wykonanych zabiegów powoduje konieczność utrzymywania



ogromnej ilości różnych opisów (czasem są to ilości > 2.000), a z drugiej prowadzą do niezasadzonego uśredniania kosztów między poszczególnymi zabiegami. Tak naprawdę czasem ciężko mówić o typowym przebiegu zabiegu, bo każdy może być indywidualny.

Jednym z najtrudniejszych do porównania jest zbyt mało opisany w rozporządzeniu problem właściwego rozliczania kosztów pośrednich, ustalenie jednolitych kryteriów rozdziału tych kosztów na pozostałe ośrodki kosztów.

Niezdefiniowane są też dokładnie poza ustaleniem w §4 ust. 5 „koszty proste kategoria nr 5 – zasoby ludzkie”, określone dodatkowo w załączniku nr 2 i nr 3 do rozporządzenia – koszty osobowe, które mają znaczący wpływ w kosztach poszczególnych procedur i tym samym stanowią znaczny udział w cenie poszczególnych świadczeń medycznych.

O ile można precyzyjnie określić, ile osób i kto brał udział w operacji oraz jak długo ona trwała i ile zużyto wyrobów medycznych, o tyle w procedurach nie zabiegowych jest już to trudne. Na przykład w diagnostyce schorzeń płuc może wystąpić konieczność dodatkowej konsultacji lekarza innej specjalności, zatrudnionego na innym oddziale i tym samym musi być wyraźnie określone, że należy w takim przypadku uwzględnić wynagrodzenie lekarza wynikające z takiej konsultacji specjalistycznej. Ponadto część pracowników medycznych zatrudnianych jest na umowę o pracę i płaci im się za gotowość, niezależnie od obciążenia zadaniami, w znacznej większości zatrudnienie wynika z konieczności spełniania określonych standardów leczenia nałożonych na szpitale zarządzeniami prezesa NFZ, a część personelu medycznego zatrudniona jest na podstawie umów cywilnoprawnych i bardzo często dostaje wynagrodzenie za wykonanie konkretnej procedury/zabiegu czy porady.

Pozostałe zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia nie budzą naszych większych zastrzeżeń, chociaż dopiero lista podmiotów uczestniczących w tym przedsięwzięciu i praktyczne aspekty stosowania opisanych standardów rachunku kosztów pokażą słabe strony rozporządzenia.

Określony w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia przez Ministra Zdrowia czas wdrożenia standardów rozliczania kosztów na pacjenta upływa z dniem 1 stycznia 2020 roku, co wiąże się z faktem, że resort ochrony zdrowia ma świadomość jakie nakłady na proces informatyzacji muszą



ponieść placówki medyczne aby sprostać zaleceniom co do standardów prowadzenia rachunku kosztów

i kalkulacji kosztów świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym, określonym w tym zarządzeniu (od §6 do §26, ogółem na 27 paragrafów tego rozporządzenia).

Wyliczenie kosztów leczenia pojedynczego pacjenta wymaga dostosowania systemów informatycznych w celu połączenia informacji niefinansowej o przebiegu leczenia pacjenta z odpowiadającą jej informacją finansową poszczególnych składników tego procesu, co skutkuje zwiększeniem kosztów i nakładów pracy administracji.

Nasuwa się pytanie czy zwiększające się koszty wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej będą miały odzwierciedlenie w wycenie procedur przez NFZ.

Reasumując, należy zauważyć że: zmiana sposobu identyfikacji i gromadzenia kosztów w systemie finansowo-księgowym oraz zmiana sposobu kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym wymusza zmianę nie tylko dotychczasowego oprogramowania finansowo - księgowo - kosztowego, ale również programów z nim powiązanych, m.in. kadry – płace, gospodarka materiałowa, gospodarka magazynowa, środki trwałe. Nowe funkcjonalności systemów komputerowych wiążą się z dużym nakładem pracy, ale również ze sporym obciążeniem finansowym, jakie Szpital będzie musiał ponieść w celu zakupu odpowiednich modułów.

Mankamentem projektu rozporządzenia jest sposób formułowania jego zapisów, które są niezrozumiałe i trudne w interpretacji nawet dla osób dotychczas zajmujących się rachunkiem kosztów.