



Zielona Góra, dn. 04.10.2019 r.

BFPZ/824/10/2019

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

I. Uwagi ogólne.

1. Obowiązek stosowania przepisów rozporządzenia

Aktualnie zwolnione są z obowiązku stosowania standardu rachunku kosztów trzy grupy podmiotów:

- świadczeniodawcy nieobjęci obowiązkiem stosowania ustawy o rachunkowości,
- świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczeniodawcy prowadzący obrót refundowanymi wyrobami medycznymi.

W ustawie o rachunkowości (Dz. U z 2019 r. poz. 351) ustawodawca określa różne grupy podmiotów: mikro, małe i pozostałe (czyli duże) – kryterium przynależności uzależnione jest od poziomu uzyskiwanych przychodów ze sprzedaży, sumy bilansowej i zatrudnienia. Podmioty które mają status jednostki mikro lub małej (kryteria określono w art. 3 ustawy o rachunkowości) stosują szereg uproszczeń wynikających z ustawy o rachunkowości, w szczególności sporządzają w porównaniu do jednostek dużych uproszczone sprawozdania finansowe. W opiniowanym projekcie rozporządzenia wszystkie jednostki bez względu na wielkość podmiotu oraz wartość umowy z NFZ, będą musiały prowadzić księgowość z rozbudowanym, wyłącznie na potrzeby niniejszego



rozporządzenia, rachunkiem kosztów. Koszty i nakład pracy w małych podmiotach będą niewspółmierne do uzyskanego efektu.

Ustawa o rachunkowości zobowiązuje jednostki do stosowania rachunkowości finansowej i nie obliguje do stosowania reguł rachunkowości zarządczej, która stawia przed jednostkami zupełnie inne cele polegające głównie na szczegółowej analizie kosztów. Z opiniowanego projektu wynika, że wszystkie podmioty nieobjęte ustawowym wyłączeniem byłyby zobowiązane stosować oprócz rachunkowości finansowej również rachunkowość zarządczą – spowoduje to konieczność zwiększenia zatrudnienia w służbach księgowych.

Podmioty, nawet jeżeli są prowadzone przez spółki z o. o. i prowadzą księgowość na zasadach ogólnych, po wejściu w życie rozporządzenia byłyby zmuszone znacznie rozbudować plan kont, którego wzór jest nadmiernie szczegółowy i często niezgodny z wymaganiami wynikającymi z ustawy o rachunkowości. Duża część pozycji kosztowych w podmiotach wcale nie występuje a w przypadku innych nie ma potrzeby tak daleko idącego uszczegółowienia. Celowość jego wprowadzenia w mniejszych podmiotach leczniczych jest wątpliwa. Proponowane zmiany bardziej pasują do placówek typu szpital, a nie przychodnia.

2. Spodziewane skutki wejścia w życie rozporządzenia w obecnym kształcie.

W rozporządzeniu autorzy proponują bardzo szczegółową rozbudowę kont zespołu 5, czyli kosztów według ośrodków powstawania kosztów. Na chwilę obecną szereg jednostek stosuje wyłącznie układ kont zespołu 4 czyli koszty rodzajowe, ewentualnie z kilkoma grupami kont według miejsc powstawania.

Przebudowa polityki rachunkowości, w tym zakładowych planów kont, wymaga czasochłonnej analizy kosztów pod kątem podziału na koszty bezpośrednie i pośrednie oraz ustalenia sposobu ich pomiaru i podziału uwzględniając specyfikę podmiotu.

Chcąc uzyskać zadawalający efekt końcowy tj. wiarygodne i precyzyjne wyliczenie np. jednostkowego kosztu osobodnia w podmiocie, w proces standaryzacji kosztów należy zaangażować oprócz służb księgowych cały personel medyczny, który musi nauczyć się dzielić koszty i odpowiednio opisywać dokumenty źródłowe.

Zanim zaczniesz się cokolwiek księgować trzeba rozpisać, zgodnie z załącznikiem nr 1 i 5, co jest użytkowane u danego świadczeniodawcy (klucze podziałowe do wykorzystywanych zasobów). Do tego celu niezbędne jest posiadanie działu ekonomicznego, który policzy i/lub oszacuje m.in.:

- kWh i zużycie kWh na poszczególnych urządzeniach,



- roboczogodziny na poszczególnych stanowiskach,
- powierzchnie do liczenia amortyzacji, sprzętania, ochrony pomieszczeń, itp.,
- kilometry przewozów (w tym zdefiniowanie przekroczenia norm spalin dla opłat środowiskowych),
- przypisanie ryzyka na poszczególne osoby do ubezpieczeń OC, itp.

Te wskaźniki są potrzebne, aby rozpisać poszczególne koszty pośrednie do miejsc powstawania kosztów w celu kalkulacji kosztu wytworzenia, czyli świadczonej usługi, a mogą się one cały czas zmieniać, wystarczy np. dobudować lub przebudować urządzenia, w którym zmieni się zużycie kWh.

Niezgodny z ustawą o rachunkowości jest narzucony w Załączniku nr 6 obowiązek amortyzowania małych środków trwałych o wartości powyżej 3500 zł (czyli rozbitcie jego kosztu na okresy amortyzacji zamiast jednorazowego rozliczenia w kosztach działalności) spowoduje, że zaniżeniu ulegnie poziom wykazywanych kosztów przez świadczeniodawców oraz brak możliwości ich porównywania pomiędzy podmiotami (różny czas amortyzacji).

W celu spełnienia wymagań wynikających z zapisów rozporządzenia zobowiązujących do stosowania oprócz rachunkowości finansowej również rachunkowości zarządczej, placówki będą zmuszone do zatrudnienia dodatkowego personelu administracyjnego oraz do zainwestowania we wdrożenie systemów księgowych, które skanują dokumenty i mają zapisane (zaprogramowane) algorytmy, jak odpowiednie pozycje zaksięgować automatycznie na kontach (poprzez klucze podziałowe). Obie zmiany wymagają czasu (przeszkolenie ludzi i wdrożenie oprogramowania) a przede wszystkim środków.

Znaczna część mniejszych podmiotów medycznych korzysta z zewnętrznych biur rachunkowych, których obsługa sprowadza się głównie do prowadzenia rachunkowości finansowej. Wprowadzenie dodatkowo rachunkowości zarządczej będzie wymagało przeorganizowania całego systemu finansowo – księgowego.

Ponieważ wprowadzenie nowych zasad gromadzenia kosztów wymaga nakładów finansowych na zwiększenie zatrudnienia, na sprzęt komputerowy oraz zakup lub



dostosowania programów informatycznych należy oszacować koszty wprowadzenia zmian oraz zabezpieczyć lub ewentualnie pozyskać źródła ich finansowania.

Projekt nie wskazuje na źródło dodatkowego finansowania, co podniesie całość kosztów usługi zdrowotnej, obniżając ilość środków, które można przeznaczyć na obsługę samego pacjenta – innymi słowy znacznie obniży sprawność podmiotu leczniczego w zakresie realizacji celów statutowych.

Proponowany w rozporządzeniu termin wprowadzenia zmian od 1 stycznia 2020 rok jest zbyt krótki a pośpiech we wdrażaniu zmian w organizacji księgowości może się odbić na jakości kalkulacji kosztów.

Porównywalność danych przekazywanych do Agencji, o których mowa w uzasadnieniu na podstawie przepisów rozporządzenia - nie zostanie osiągnięta m.in. z następujących przyczyn:

- obiekt kosztów jest określany na podstawie kryteriów ustalanych przez świadczeniodawcę (§2 pkt 10 projektu rozporządzenia, problem rozliczenia kosztów finansowania zewnętrznego, metody ustalania amortyzacji, w tym również amortyzacji jednorazowej),
- u poszczególnych świadczeniodawców sposoby wynagradzania członków zarządu są różne (wynagrodzenie ze stosunku pracy, wypłaty ze stosunku korporacyjnego, itp.).

II. Uwagi do treści rozporządzenia:

Rozporządzenie jest mało czytelne i niespójne, a wiele występujących w nim definicji (np. kwalifikacji do poszczególnych kosztów) jest bardzo niejasnych. Trudno jest wymagać na etapie księgowania (gromadzenia kosztów) weryfikacji, czy dany koszt jest „opłacalny”, czy „istotny”. Powinno się pozostać na etapie definicji jako koszt bezpośredni (bez którego nie da się uzyskać efektu końcowego: np.: lek, wyrób medyczny, pomoc specjalisty) i pośredni. To sam świadczeniodawca wie dokładnie, co jest mu potrzebne do wywiązania się z umowy i dany koszt nie musi być „opłacalny” aby stał się kosztem bezpośrednim.



Wymagany podział kosztów jest zbyt szczegółowy. Najtrudniejsze będzie opisanie kosztów pośrednich (kosztów wspólnych i pomocniczych). Przykładowo: do takich kosztów zalicza się np.: rozmowy telefoniczne - wg załącznika nr 1 powinno się je rozliczać w miejscu powstania kosztów wg bilingu rozmów - czyli na podstawową opiekę, poradnie, oddziały szpitalne itp. Rozmowy telefoniczne mogą trafić z jednej faktury na 109 pozycji!!! Część usług jest wykonywana przez podwykonawców na zasadzie ryczałtu (np. usługi informatyczne), którzy nie ewidencjonują liczby przepracowanych roboczogodzin, zużytych kartek papieru itp. Nie jest zrozumiałe czemu służy rozbijanie kosztów mediów na poszczególne nośniki (np. podawanie kosztu prądu a nawet mocy świetlówek, ewidencjonowanie liczby punktów poboru wody czy ilości litrów zużytej wody!!!).

Proponowane w załączniku nr 1 rozdzielniki kosztów wspólnych nie uwzględniają złożonych zależności kapitałowych świadczeniodawców tj. współwłasność, koszt części wspólnych, energii cieplnej ze źródeł odnawialnych, odsetek od finansowania zewnętrznego działalności podstawowej, przepływu usług i materiałów (własne laboratorium) itp.

Nie jest zrozumiałe związek planu kont z finansowaniem przez NFZ.

Nie jest zrozumiałe, dlaczego do kont zespołu 5 przypisane są kody resortowe.

W projekcie nie ma informacji jak często te koszty będzie się raportować. Bilanse jednostki przeprowadza się raz na rok.

Lp.	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uwaga/ opinia	Uzasadnienie/ uwagi	Propozycje rozwiązań
1	§ 2	wyjaśnienie użytych w rozporządzeniu określeń następuje w sposób przypadkowy, brak jest chronologii – dopiero w pkt. 10,11 jest wyjaśnione pojęcie		zachowanie chronologii będzie istotne dla grup nowo wprowadzonych



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

		OPK i obiekt kosztów.		
2	§ 2	brak wskazania działalności ubocznej	podmioty medyczne osiągają dochody z majątku (najmu dzierżawy)	zdefiniowanie
3	§ 2 pkt. 5, 6	brak definicji obiektu kosztów,	opis w § 5 jest niewystarczający	zdefiniowanie
4	§ 2 pkt.5, pkt. 7	brak definicji kosztów: istotnych, opłacalnych, nieistotnych, nieopłacalnych	brak ostrych kryteriów kwalifikacji	zdefiniowanie
5	§ 2 pkt.10	wyodrębnienie obiektu kosztów wg kryteriów dla sprawozdań finansowych. Brak bezpośredniego związku z ustawą o rachunkowości.		
6	§ 2 pkt. 12	brak definicji uzyskiwania przychodów, odniesienia do innych przepisów	czy jest to przychód tylko w działalności gospodarczej czy też np. dokapitalizowanie	zdefiniowanie
7	§ 2 pkt. 15	co oznacza sformułowanie „element procesu...wyodrębniony jako możliwa do zaakceptowania, na potrzeby kalkulacji kosztów”	kto podejmuje decyzję co jest jej przesłankami	zdefiniowanie
8	§ 3 ust. 1.	brak odniesienia do działalności ubocznej		
9	§ 3 ust.2 pkt.	co to znaczy?	gdzie szukać innych	wskazanie przepisów



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

	4		definicji działalności podstawowej	powiązanych
10	§3 ust. 3	przepis ten zakłada dowolność po stronie świadczeniodawcy	brak określenia formy przyjęcia takiego wykazu	wskazanie przepisów łączących te wymagania z przepisami ustroju działalności gospodarczej
11	§4 ust. 1	Błąd w definicji „alokacji kosztów”	jakich	
12	§ 4 ust. 3	rozporządzenie wymusza prowadzenie pełnej księgowości	sprzeczne z ustawą o rachunkowości	usunąć
13	§ 4 ust. 3, ust. 4, ust. 5	znamiona rachunkowości budżetowej	sprzeczne z art.10 ustawy o rachunkowości	ograniczyć stosowanie przepisów do jednostek budżetowych
14	§ 5	treść przypomina podziały w rachunkowości budżetowej	w całości sprzeczne z ustawą o rachunkowości	zograniczyć stosowanie przepisów do jednostek budżetowych
15	§ 5 pkt. 1 litera „d”	Zapis niezrozumiały, w kontekście występowania w treści rozporządzenia zapisu „OPK finalny” oraz definicji w § 2 pkt. 11		doprecyzować



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

16	§ 6	proponowany podział kosztów wielopoziomowy i bardzo szczegółowy, ale finalnie nie odnosi się do konkretnych procedur medycznych w ramach działalności podstawowej, a właśnie do całej działalności podstawowej – czemu więc ma służyć w podmiotach prowadzących działalność gospodarczą w zakresie opieki zdrowotnej?	brak ograniczenia stosowania podmiotów prowadzących działalność gospodarczą wielotematyczną	ograniczyć dostosowanie dla jednostek współpracujących z Agencją Oceny Technologii Med. I Taryfikacji
17	§ 7 ust. 1, 2	zapisy nieprecyzyjne. Czy definicje dotyczą świadczeniodawców? Treść zapisów ust. 2-5 poprzez brak odniesień (kogo dotyczy) powoduje, iż treść § 7 jest niezrozumiała i wykluczająca się. Wątpliwości pogłębia ponadto wyliczenie w § 7 ust. 2 pkt. 1-2		
18	Załącznik nr 1	mudne i czasochłonne proponowane rozdzielniki kosztów wspólnych np. pkt. 17 woda, ścieki – liczba punktów poboru /odpływu lub liczba punktów poboru	zwiększony nakład pracy obniżający efektywność pracy powiększający koszty pracy	zmienić i zastąpić prostszymi metodami



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

45-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

		ze współczynnikami odpływu, pkt. 19 – żywienie: liczba wydanych posiłków: waga ceny śniadanie 0,25, obiad 0,5 , kolacja 0,25 stawki za dobę żywienia , pkt. 20 , 23 – przewozy zewnętrzne i wewnętrzne: liczba kilometrów /liczba zleceń (która firma udostępni ilość kilometrów ?)		
19	załącznik nr 2	401-1-05 Materiały do remontu i konserwacji sprzętu, aparatury medycznej		zużycie materiałów medycznych dokonać ponownej weryfikacji wzorcowego planu kont
20	Załącznik nr 6	pkt. 2.5 co oznacza treść: koszty ujmuje się w momencie najbliższemu rzeczywistemu zużyciu? – koszt występuje w momencie wydania go do zużycia pkt. 2.6. do amortyzacji przyjmuje się środki trwałe o wartości większej lub równej niż 3.500 zł – nie spójne ze zmianą przepisów (aktualnie próg to 10000 zł)	niezrozumiałe treści i niespójne z aktualnymi przepisami	ograniczyć stosowanie dla jednostek współpracujących z Agencją Oceny Technologii Med. I Taryfikacji



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

21	uzasadnienie	nie wskazano źródeł finansowania zwiększenia nakładów pracy oraz zmiany wdrażania nowych programów świadczeniobiorców, przerzucono dodatkowe obowiązki ewidencyjne, które nie zwiększają efektywności ochrony zdrowia	wysokie koszty obsługi zarówno po stronie „białej” i „szarej” oraz koszty funkcjonowania jednostki	wskazanie alternatywy finansowania proponowanych rozwiązań
22	uzasadnienie	zwolnieniu z tego obowiązku podlegają świadczeniodawcy świadczący usługi tylko w ramach POZ	czy w związku z prowadzeniem jednej księgowości ten produkt będzie musiał iść też z tego klucza u świadczeniodawcy wykonującego różny zakres usług i w związku z tym, nakłady poniesione na realizację tego przedsięwzięcia będą obciążać również POZ – choć jest to poza rozporządzeniem?	
23	uzasadnienie	od dnia 1 stycznia 2020 r. warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem będącym świadczeniodawcą jest stosowanie przez tego	Co z umowami wieloletnimi – np. PSY, REH?	



	świadczeniodawcę rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń, o których mowa w art. 31lc ust. 7 ustawy o świadczeniach		
--	--	--	--

III. Wnioski i rekomendacje:

Wnioskujemy o odstąpienie od dalszego procedowania projektu rozporządzenia.

Przedłożony projekt rozporządzenia jest sprzeczny z ustawą o rachunkowości.

Świadczeniodawcy na podstawie odrębnych przepisów zobowiązani są do przesyłania m.in.: ilości udzielonych świadczeń w rozbiciu na poszczególne świadczenia, rocznych Sprawozdań finansowych w formie elektronicznej, sprawozdań GUS, comiesięcznych plików JPK. Przesyłane dane pozwalają zainteresowanym instytucjom na dokonanie rachunków porównawczych bez angażowania potencjału świadczeniodawców w dodatkowe zbędne biurokratyczne obciążenia.

Wzrost kosztów administracyjnych i dostosowania programów u świadczeniodawców powoduje zmianę warunków zawartych umów w trakcie trwania umów

Zdaniem Federacji należy objąć zwolnieniem ze stosowania tych przepisów podmioty lecznicze prowadzone przez mikro i małe przedsiębiorstwa.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/