

## Wybrane uwagi przesłane do pytań Ankiety

### 1. Czy zasadna jest ingerencja rozporządzenia w system finansowo- księgowy?

- „Funkcjonowanie rachunku kosztów w tej formule niesie za sobą konieczność zmian w systemach FK i kosztowych. Niezbędne jest dostosowanie systemów do odpowiednich grup i kategorii kont”.
- „Wyznaczenie przez rozporządzenie ram prawnych dotyczących wymagań i standardów systemu finansowo-księgowego w celu zapewnienia: rzetelności danych, szybkości i dostępności do zgromadzonych danych, lecz przede wszystkim do ich porównywalności u świadczeniodawców. Nie powinien być tak szczegółowo opisany sposób prowadzenia systemu FK (wystarczy wzorcowy plan kont)”.
- „Ingerencja rozporządzenia w system FK jest zasadna z wyjątkiem szczegółowo rozbudowanej III poziomowej analityki dla kont zespołu "5". Prowadzenie ewidencji kosztów w układzie funkcjonalnym zgodnie z wymogami wynikającymi z rozporządzenia będzie wiązało się z istotnymi utrudnieniami ( m. in. zwiększoną czasą oraz pracochłonnością). Dopuszczalne powinno być alternatywne rozwiązanie umożliwiające identyfikację wymaganych danych ( kategorii kosztów) z poziomu modułu kontrolingowego”.

### 2. Czy rozumiałe są określenia użyte w § 2 rozporządzenia: (jeżeli nie, proszę zaproponować zmianę definicję) np. **osobodzień hospitalizacji**?

- „Uważamy, że powinno się doprecyzować czas trwania osobodnia i przyjąć odpowiedni wzór do jego przeliczania jeżeli miałby być on nośnikiem kosztów do wyliczania kosztów zasobów nie dających się zidentyfikować na konkretnego pacjenta (np. amortyzacji, zużycia energii itp.). Powinno się także przyjąć w tym wypadku takie same zasady wyliczania do rozliczeń z NFZ”.
- „Konieczne jest dokładne zdefiniowanie pojęcia w odniesieniu do kosztów, które obejmuje osobodzień ( koszty oddziału bez leków, krwi, implantów i innych materiałów wszczepiennych, procedur medycznych itp. przypisanych na rzecz pacjenta ) w rozbiciu na koszty stałe pobytu związane z dobą hotelową czyli zakwaterowaniem ( np. media, usługi porządkowe, ubezpieczenia , podatki, amortyzacja sprzętu np.) i opieką medyczną ( z podziałem na koszty osobowe lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu) oraz koszty zmienne na podstawie kosztów rzeczywistych; konieczne jest określenie ujednoczonego sposobu liczenia kosztu osobodnia hospitalizacji – w załączeniu nasza propozycja- koszty hotelowe oraz koszty opieki medycznej podzielone przez maksymalną, tj. możliwą do wykonania liczbę osobodni, natomiast koszty zmienne przez wykonaną liczbę osobodni; koszt osobodnia pobytu będzie sumą kosztu hotelowego, opieki medycznej i kosztu zmiennego; Taki sposób wyliczenia kosztu osobodnia pobytu nie powoduje wahań kosztowych związanych np. ze skróceniem hospitalizacji ( a więc ze zmniejszeniem liczby osobodni w oddziale), pozwala również na wyliczenie kosztów niewykorzystanego potencjału bazy łóżkowej w oddziale”.

### 3. Czy koszty gotowości powinny być doliczane do kosztów świadczeń?

- „Powinny być wyznaczone "odgórnie" ilości łóżek do gotowości”.
- „Jeżeli warunkiem prawidłowego wykonania świadczeń jest utrzymanie gotowości, to zdecydowanie jej koszty powinny być wliczanie w koszt udzielenia świadczenia”.
- „Koszty gotowości powinny być wyliczane do kosztów świadczeń, gdyż umowy zawarte z NFZ nakładają na świadczeniodawców obowiązek zapewnienia stałej dostępności do świadczeń”.

- „Koszty gotowości do realizacji świadczeń powinny być traktowane jako uzasadnione do poniesienia i refundacji (w przeciwieństwie do kosztów niewykorzystanych zasobów). Jeżeli gotowość do świadczenia opieki zdrowotnej wynika z ustaleń np. z NFZ to powinna być również refinansowana. Podobną sytuację mają przedsiębiorstwa z największych grup kapitałowych, które muszą być w pełnej gotowości do świadczenia usług np. na rzecz spółki matki. Oczywistym wówczas jest, że koszty gotowości powinna pokrywać ta spółka (klient), który przyczynia się do ich ponoszenia. Uważamy, że w związku z powyższym problemem jest brak finansowania kosztów gotowości przez NFZ. Oznacza to, że koszty gotowości powinny być doliczane do tych świadczeń opieki zdrowotnej, które realizowane są „na zlecenie” płatnika wymagającego gotowości (NFZ)”.

#### **4. Czy gromadzenie informacji o kosztach zasobów powinno mieć miejsce w systemie FK?**

- „W systemie FK powinny być gromadzone informacje wykorzystywane w rachunkowości finansowej. Równoległe do systemu FK powinny funkcjonować hurtownie danych, systemy apteczne, magazynowe, systemy rozchodu materiałów bezpośrednich, HR, baza danych przebiegu diagnostyki i leczenia pacjenta, itp. Wszelkie dane ilościowe, jakościowe, obliczenia i analizy powinny być zintegrowane w module controllingowym, którego kształt i zakres dostarczanych informacji powinien być dopasowany do potrzeb zarządczych każdej z organizacji. W celu prowadzenia poprawnego procesu badania kosztów poszczególnych obszarów działalności podmiotu niezbędne jest zbudowanie modułu controllingowego łączącego wiele podrzędnych systemów cząstkowych, a to duże wyzwanie i obciążenie dla organizacji, wymagające wysokich nakładów finansowych. Próba integracji systemów analitycznych w systemie FK wydaje się nieuzasadniona, gdyż system FK powinien być właśnie składową modułu controllingowego, a nie jego rdzeniem”.
- „Polityka rachunkowości przez to plan kont powinien tak szczegółowo wyznaczyć wszystkie parametry ekonomiczne aby stanowiło to podstawę dalszej kalkulacji w module controllingowym”.
- „Raczej nie z uwagi na koszty konieczne do przebudowania systemu FK i zmiany planu kont”.
- „Tak, bo stąd będzie informacja do wszelkich sprawozdań finansowych. Jeżeli mają być realizowane wszelkie terminy sprawozdawcze obowiązujące jednostkę to trzeba uwzględnić rozbudowę choćby Sekcji Kosztów”.
- „Gromadzenie informacji o kosztach w systemie FK gwarantuje ich rzetelność i porównywalność”.