



# PODSUMOWANIE PILOTAŻU WDROŻENIA STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

**KORZYŚCI DLA SYSTEMU**

**OCHRONY ZDROWIA**

**Z WDROŻENIA**

**STANDARDU RACHUNKU**

**KOSZTÓW**

Porównywalność danych o kosztach udzielonych świadczeń stworzy możliwość oceny ich jakości, co pozwoli na porównanie efektów stosowanych procedur terapeutycznych

Podniesienie jakości danych gromadzonych w podmiotach leczniczych na potrzeby kontroli i planowania w MZ, NFZ, AOTMiT i usprawnienie procesu taryfikacji świadczeń

Uzyskanie efektywnego narzędzia zarządczo-kontrolnego dla organów założycielskich i podmiotów tworzących

Podniesienie jakości zarządzania w podmiotach leczniczych – poprawa wyników finansowych

# KORZYŚCI DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW Z WDROŻENIA STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

Efektywne wykorzystanie zasobów materiałowych i osobowych

Uzyskanie informacji o rentowności na poziomie poszczególnych OPK, możliwość bieżącej analizy, struktury i dynamiki kosztów

Uzyskanie informacji zarządczej, wspierającej Dyrekcję/Kierownictwo w podejmowaniu bieżących decyzji w zakresie wydatkowania środków finansowych

Możliwość porównania się z innymi pod względem wskaźników ekonomicznych

Szybsze i łatwiejsze przygotowanie danych finansowo-księgowych dla Agencji; docelowo możliwość automatycznego pobierania przez Agencje surowych danych z systemu księgowego

Podniesienie edukacji ekonomicznej wszystkich pracowników jednostki –większa świadomość i gospodarność zużycia materiałów, sprzętu, leków itp



# WSPARCIE AOTMIT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Powołanie Zespołu ds. wsparcia świadczeniodawców w procesie wdrażania standardu rachunku kosztów

**24 szkolenia**  
**3 686**  
**przeszkolonych osób**

Prowadzenie bezpłatnych cyklicznych i dedykowanych szkoleń

**11 instruktaży**

Materiały umieszczone na stronie w formie nagrań i plików do pobrania

**13 przykładowych szablonów**

Case study obrazujące najbardziej problematyczne obszary wdrażania

**FAQ 158 odpowiedzi**

Najczęstsze pytania świadczeniodawców i odpowiedzi ekspertów

Wsparcie indywidualne



**2 645 maili**  
**dedykowany mail**



**dedykowane 2 numery**  
**telefoniczne**



## PILOTAŻ WDROŻENIA SRK

### Cel główny

Celem była **ocena stopnia zaawansowania procesu** wdrażania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców oraz **prawidłowości wdrożenia zapisów** rozporządzenia MZ z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz.U. z 2020 r., poz. 2045).

### Cele szczegółowe

- ✓ Ocena poprawności identyfikacji obszarów działalności, wyodrębnienia OPK, przypisania kodów funkcji, budowy planu kont, zdefiniowania stosowanych rozdzielników kosztów wspólnych i kluczy podziałowych, stworzenia wykazów procedur realizowanych w OPK proceduralnych.
- ✓ **Identyfikacja obszarów problematycznych dla świadczeniodawców pod kątem przygotowania nowych form wsparcia.**
- ✓ Dodatkowo – zebranie informacji o godzinowych stawkach wynagrodzeń w poszczególnych kategoriach personelu oraz, w przypadku lekarzy, w podziale na specjalności medyczne.



## PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – ZAKRES MERYTORYCZNY OBJĘTY BADANIEM

Wyodrębnienie OPK

Implementacja kont zespołu „4” zgodnie z załącznikiem nr 5

Stosowane rozdzielniki kosztów wspólnych

Wprowadzone klucze podziałowe

Wyliczenie kosztu wytworzenia OPK

Wyliczenie kosztu własnego sprzedaży OPK

Alokacja kosztów OPK proceduralnych



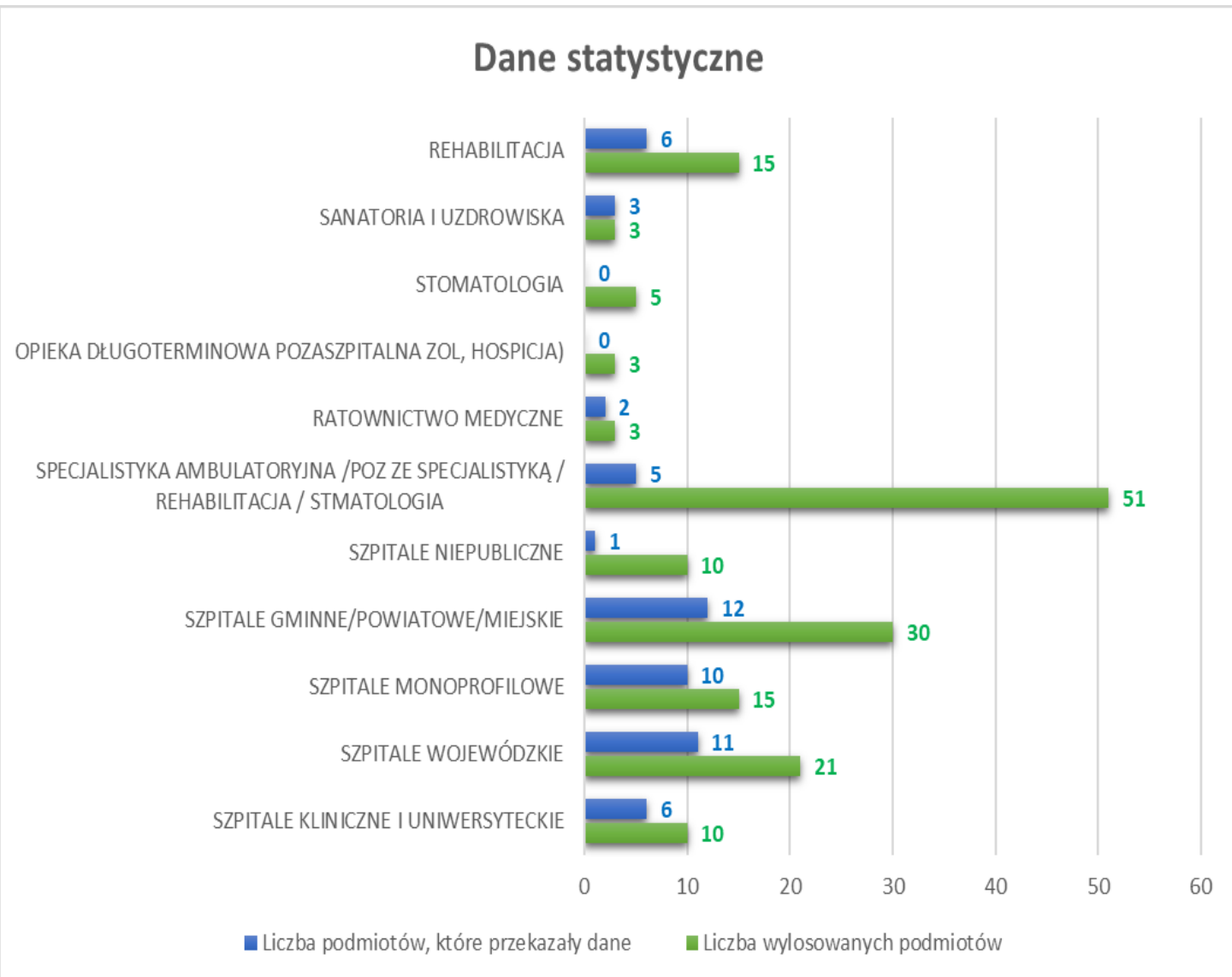
## PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – DOBÓR PRÓBY

<b>Populacja</b>	wszyscy świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z wyjątkiem podmiotów wyłączonych z tego obowiązku na mocy art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
<b>Metoda</b>	metoda losowania warstwowego nieproporcjonalnego
<b>Operat losowania</b>	źródłem danych do losowania będzie baza danych NFZ z roku 2019, zawierająca dane podmiotu oraz informacje o realizowanych zakresach świadczeń
<b>Zmienne warstwujące</b>	rodzaj podmiotu; kategoria szpitala
<b>Liczebność próby</b>	166 podmiotów
<b>Zdefiniowane warstwy i liczba podmiotów</b>	szpitale kliniczne i instytuty <b>[10 podmiotów]</b>
	szpitale wojewódzkie <b>[20 podmiotów]</b>
	szpitale monoprofilowe <b>[15 podmiotów]</b>
	szpitale gminne/ powiatowe/ miejskie <b>[30 podmiotów]</b>
	szpitale niepubliczne <b>[10 podmiotów]</b>
	specjalistyka ambulatoryjna i POZ ze specjalistyką/ rehabilitacją/ stomatologią <b>[50 podmiotów]</b>
	rehabilitacja <b>[15 podmiotów]</b>
	stomatologia <b>[5 podmiotów]</b>
	sanatoria i uzdrowiska <b>[3 podmioty]</b>
	opieka długoterminowa pozaszpitalna (ZOL, hospicja) <b>[3 podmioty]</b>
	ratownictwo medyczne <b>[3 podmioty]</b>



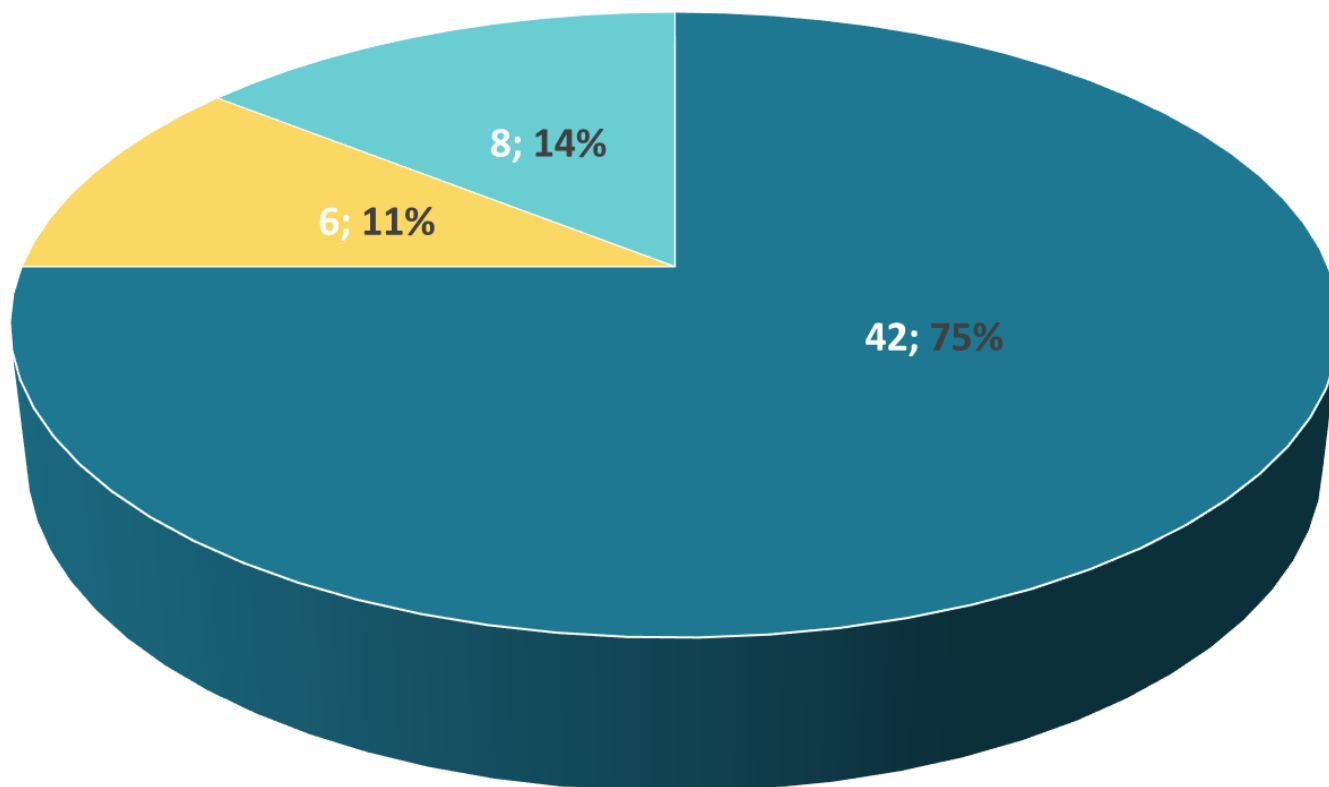
## PILOTAŻ WDROŻENIA SRK – STATYSTYKA

Kategoria podmiotu	Liczba wylosowanych podmiotów	Liczba podmiotów, które przekazały dane	Udział %
SZPITALE KLINICZNE I UNIWERSYTECKIE	10	6	60%
SZPITALE WOJEWÓDZKIE	21	11	52%
SZPITALE MONOPROFILOWE	15	10	67%
SZPITALE GMINNE/POWIATOWE/MIEJSKIE	30	12	40%
SZPITALE NIEPUBLICZNE	10	1	10%
SPECJALISTYKA AMBULATORYJNA /POZ ZE SPECJALISTYKĄ / REHABILITACJA / STMATOLOGIA	51	5	10%
RATOWNICTWO MEDYCZNE	3	2	67%
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA POZASZPITALNA ZOL, HOSPICJA)	3	0	0%
STOMATOLOGIA	5	0	0%
SANATORIA I UZDROWISKA	3	3	100%
REHABILITACJA	15	6	40%
<b>RAZEM</b>	<b>166</b>	<b>56</b>	<b>34%</b>





## WYODRĘBNIE NIE OŚRODKÓW POWSTAWANIA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ



■ PRAWIDŁOWE WYODRĘBNIE NIE OPK

■ NIEPRAWIDŁOWE WYODRĘBNIE NIE OPK

■ CZĘŚCIOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w zakresach:

1. Wyodrębnienia OPK proceduralnych
2. Wyodrębnieniu obszarów w ramach SOR/IP
3. Wyodrębnieniu oddziałów szpitalnych

Przykłady:

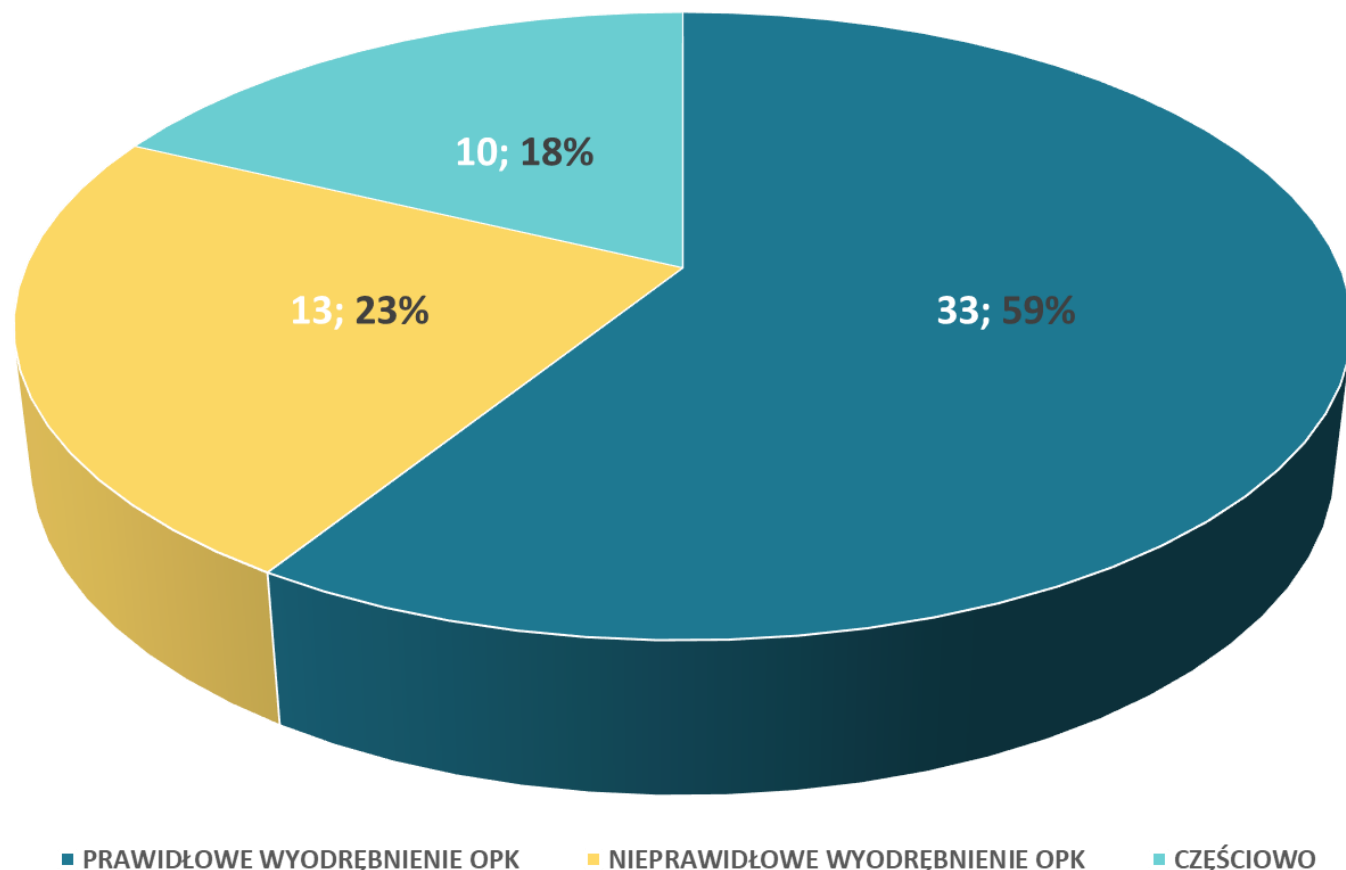
530 Gabinet USG – Echo serca powinien być 507

504 Blok Operacyjny powinien być 507

504 SOR powinien być 503

501/530 Poradnia Medycyny Pracy powinna być 507

## WYODRĘBNIE NIE OŚRODKÓW POWSTAWANIA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI POZOSTAŁEJ



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w zakresach:

1. Kwalifikacji OPK do kosztów zarządu
2. Błędnej kwalifikacji OPK do rodzaju działalności pomocniczej

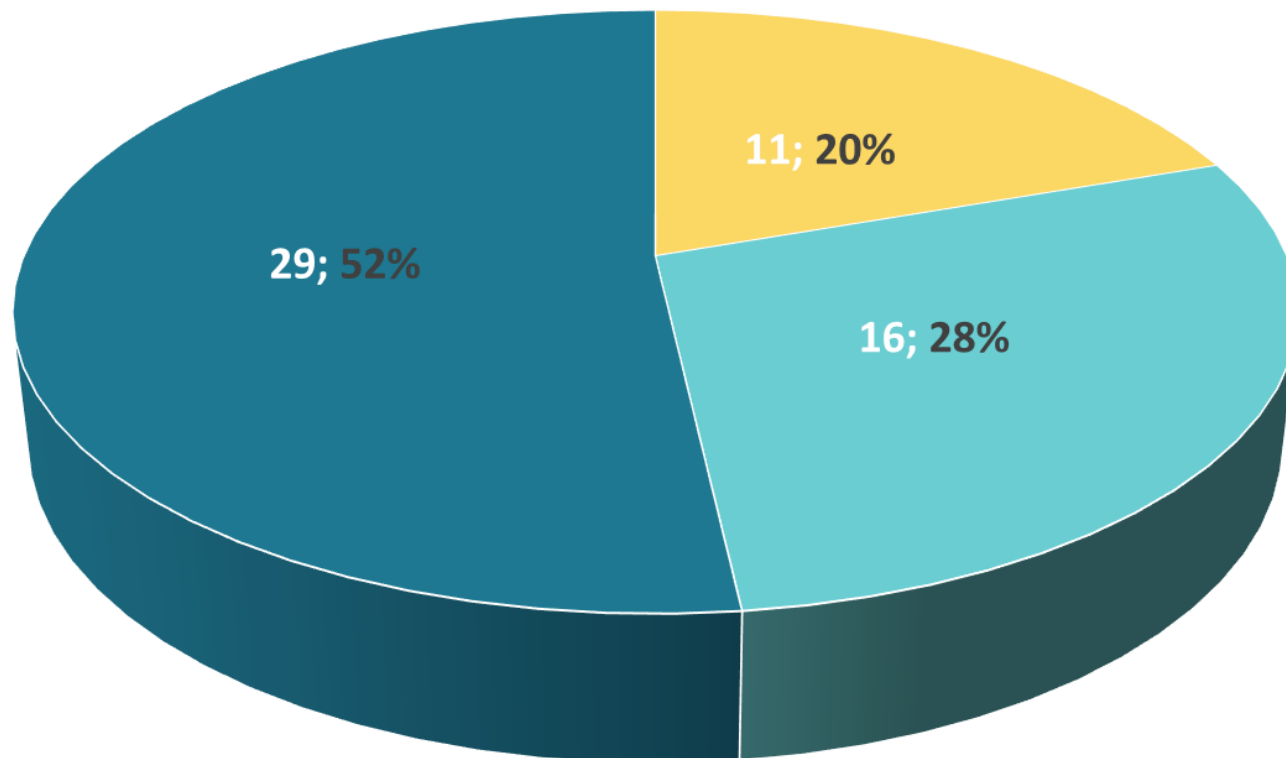
Przykłady:

530 Centralna Sterylizatornia powinno być 535

530 Archiwum/Statystyka powinno być 550

535 Apteka Szpitalna powinno być 530

## IMPLEMENTACJA KONT RODZAJOWYCH ZESPOŁU „4”



- NIEZGODNE Z ROZPORZĄDZENIEM
- ZGODNE Z ROZPORZADZENIEM (KOLEJNY POZIOM ANALITYCZNY)
- ZGODNE Z ROZPORZDZENIEM (BEZ KOLEJNEGO POZIOMU ANALITYKI)

Najczęstsze nieprawidłowości dotyczyły:

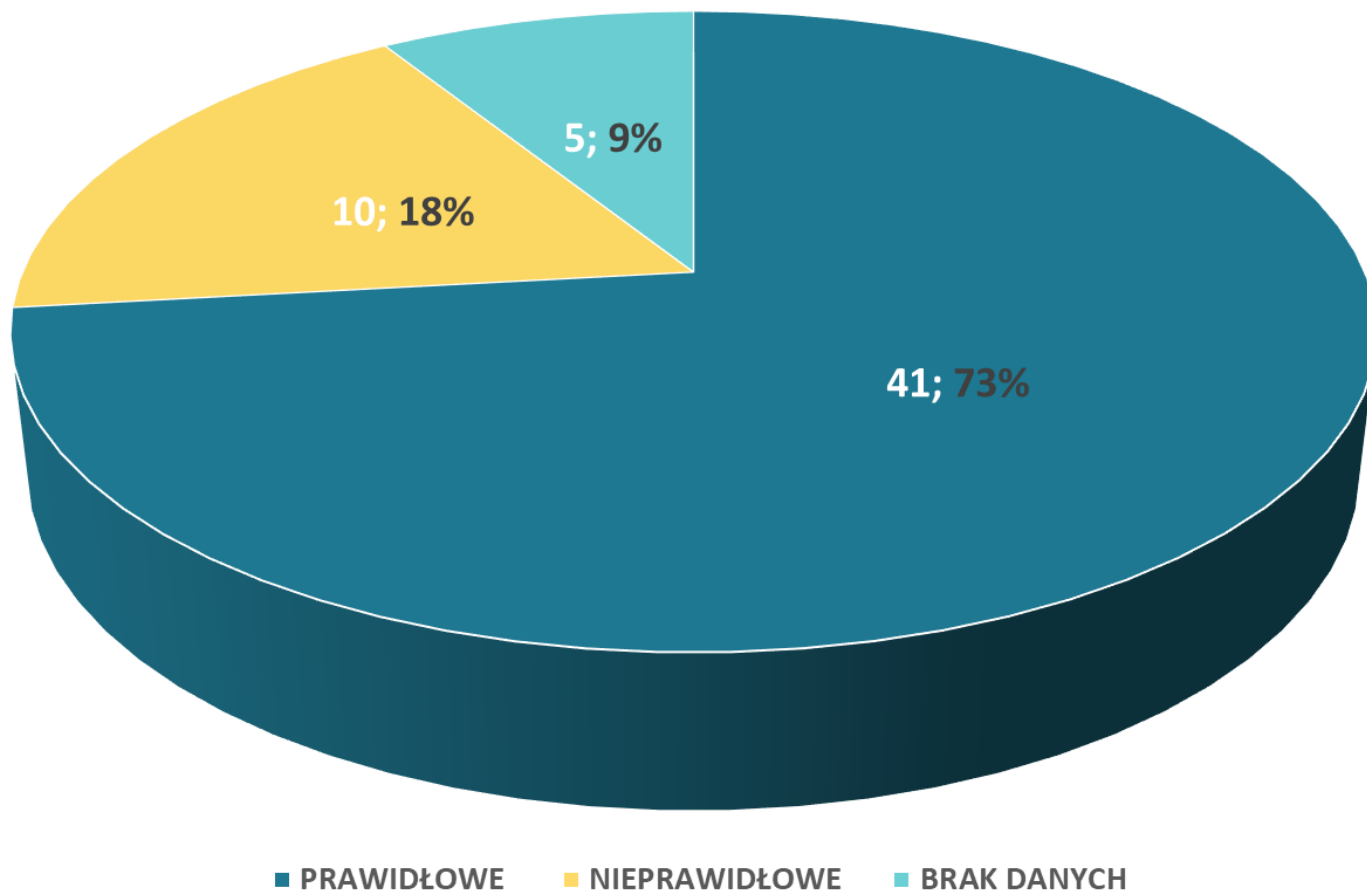
1. Nieprawidłowego formatu utworzonych kont
2. Tworzenia kont na nieprawidłowym poziomie analityki
3. Dodawania własnych kont niezgodnie z rozporządzeniem

Przykłady:

0101010200 - z analizy kont wynika, że aby uzyskać konto zgodne z załącznikiem nr 5 należy dodać 4 z przodu i usunąć 2 ostatnie zera

403-01-10-06; konto dodane 405-06-01 od 02 do 16; 405-06-05 od 02 do 16; 405-06-06 od 02 do 16; dodatkowe konta utworzone na III, a nie na IV poziomie analitycznym

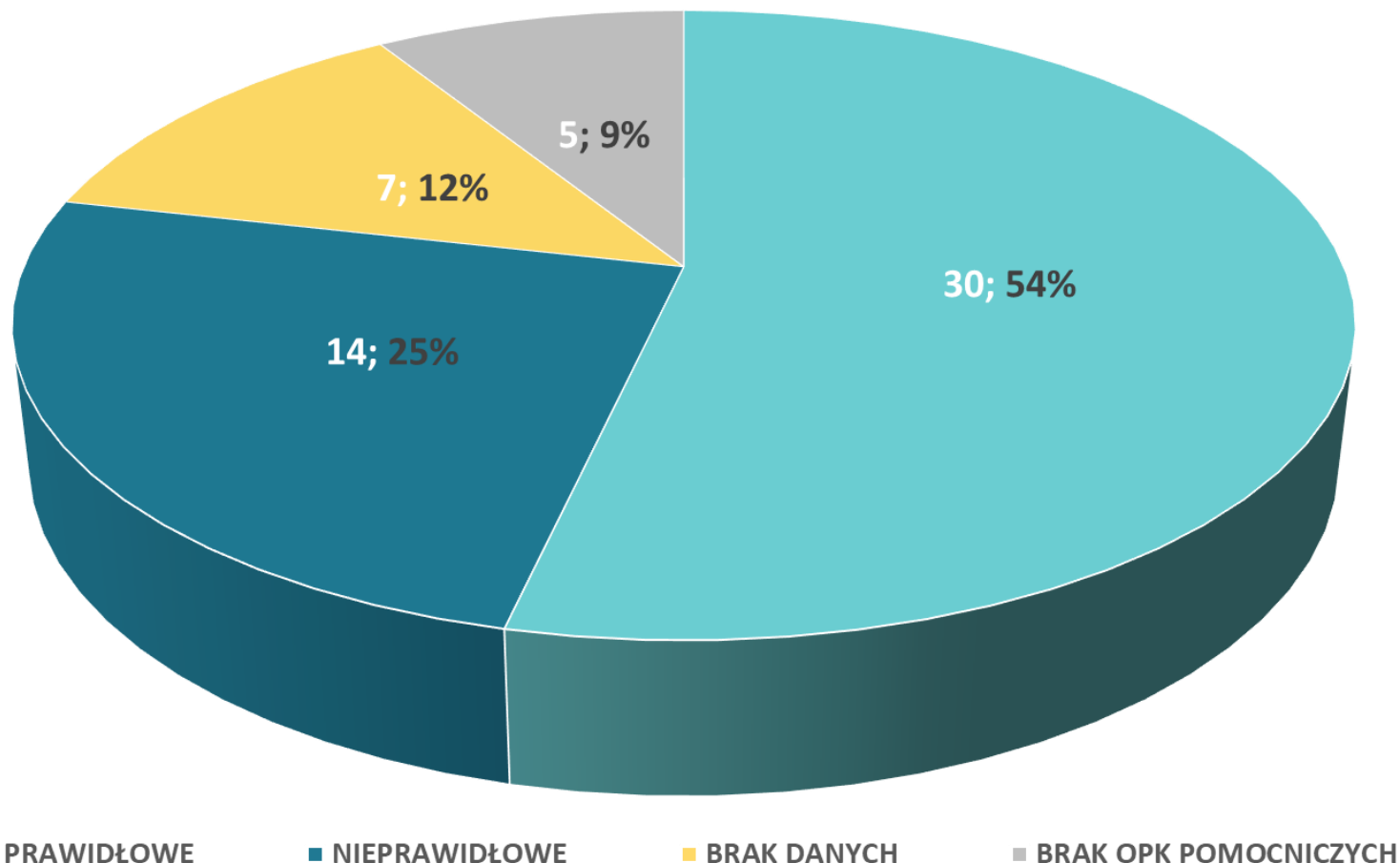
## ROZDZIELNIKI KOSZTÓW WSPÓLNYCH



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w stosowanych rozdzielnikach dotyczących kosztów:

1. Ubezpieczenia majątku
2. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
3. Usług informatycznych

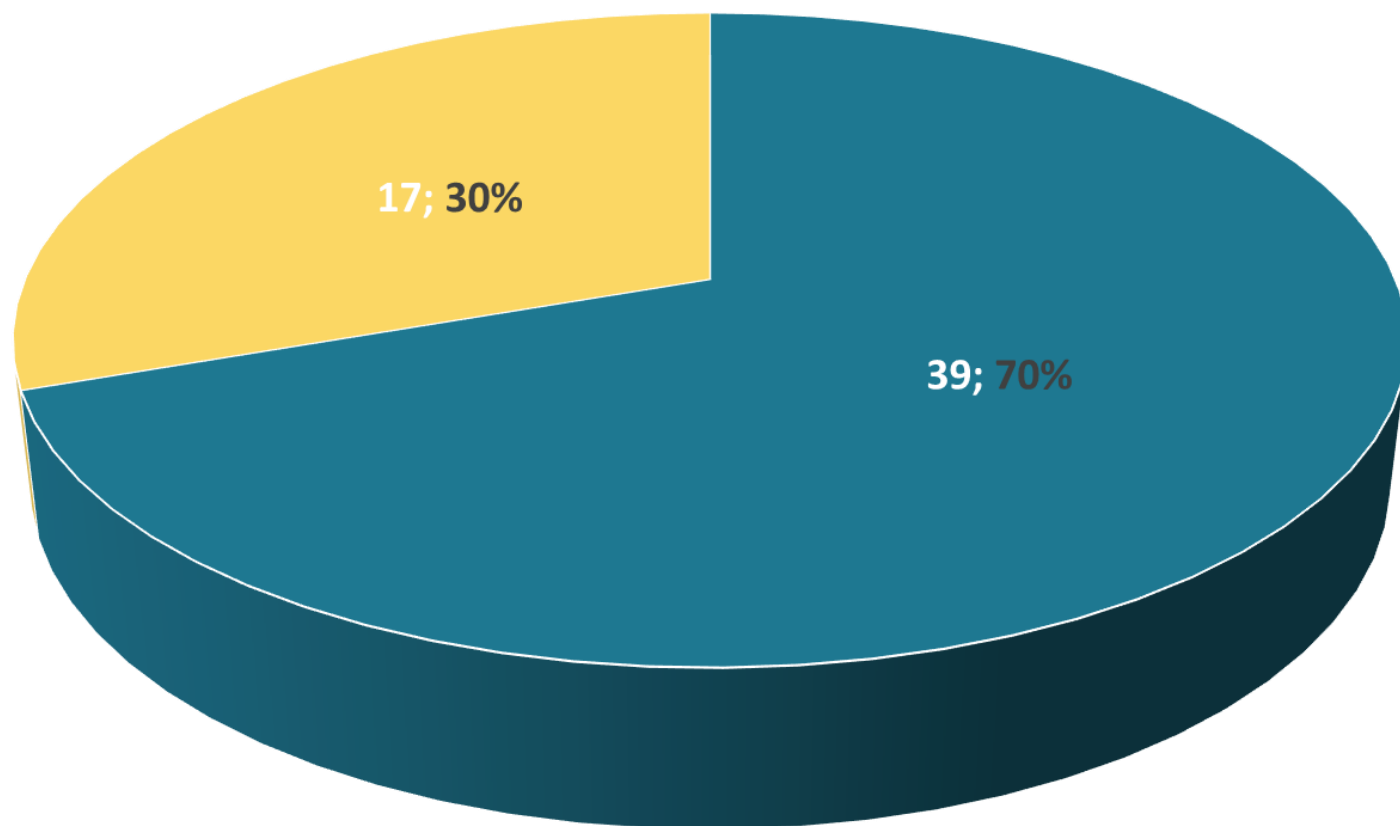
## KLUCZE PODZIAŁOWE



Najczęstsze nieprawidłowości występowały w stosowanych kluczach podziałowych dotyczących rozliczenia kosztów:

1. Apteki szpitalnej np. wartość wydanych leków
2. Działu żywienia np. wartość wydanych posiłków
3. Rejestracji np. czas pracy poradni

## WARTOŚĆ KOSZTU WYTWORZENIA OPK



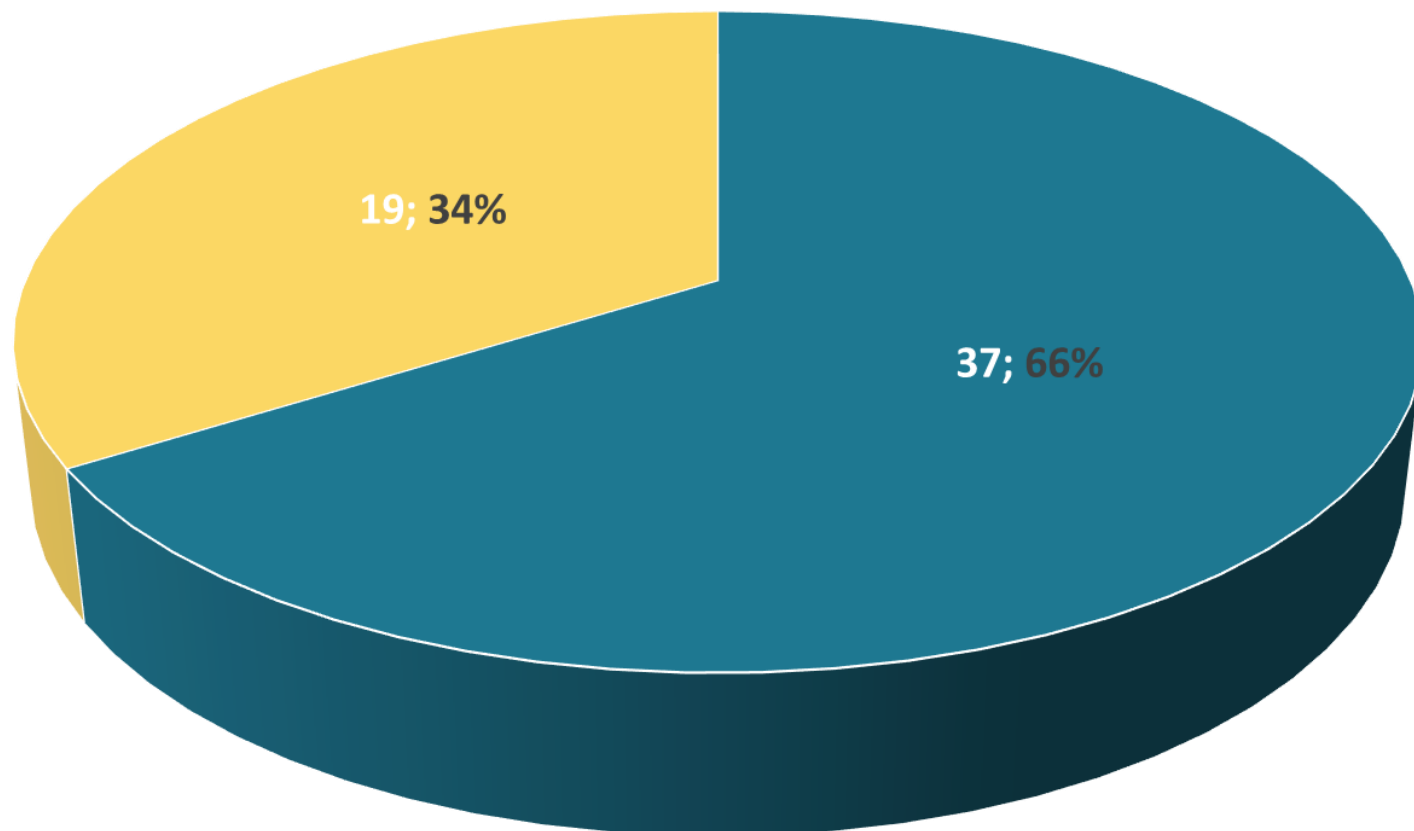
■ WARTOŚĆ WYLICZONA PRAWIDŁOWO

■ WARTOŚĆ WYLICZONA NIEPRAWIDŁOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w:

1. Podsumowaniu kosztów bezpośrednich
2. Podsumowaniu kosztów pośrednich alokowanych z innych OPK np. proceduralnych, działalności pomocniczej

## WARTOŚĆ KOSZTU WŁASNEGO SPRZEDAŻY OPK



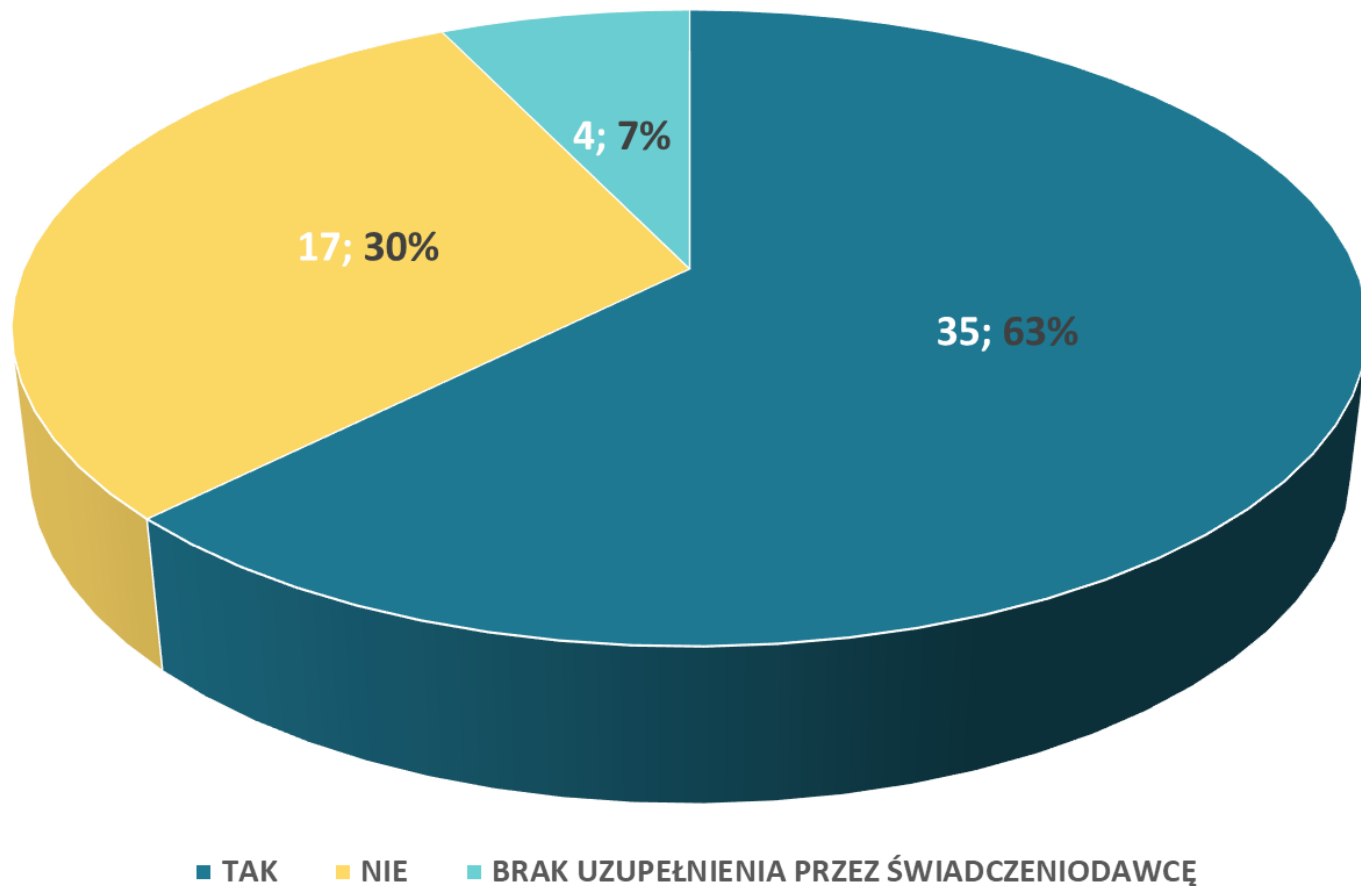
■ WARTOŚĆ WYLICZONA PRAWIDŁOWO

■ WARTOŚĆ WYLICZONA NIEPRAWIDŁOWO

Najczęstsze nieprawidłowości występowały w:

1. Podsumowaniu kosztów bezpośrednich
2. Podsumowaniu kosztów pośrednich alokowanych z innych OPK np. proceduralnych, działalności pomocniczej
3. Podsumowaniu wartości alokowanych kosztów zarządu

## ALOKACJA KOSZTÓW OPK PROCEDURALNEGO



Najczęstsze nieprawidłowości dotyczyły braku wskazania alokacji całkowitych kosztów OPK proceduralnych, co wskazywało na powstanie różnicy między wartością kosztów wytworzenia OPK proceduralnego a wartością kosztów przekazanych na OPK zlecające.





# WNIOSKI

1. Stosunkowo mały odsetek świadczeniodawców, którzy przekazali dane (34% wylosowanych podmiotów) nie pozwala na pełną ocenę prawidłowości wdrożenia SRK we wszystkich rodzajach jednostek. Największą grupę podmiotów, które wzięły udział w pilotażu, stanowią szpitale zatem jednostki, które zazwyczaj miały wcześniej styczność z rachunkiem kosztów, często też już współpracowały z AOTMiT. Bardzo niski bądź całkowity brak odzewu ze strony świadczeniodawców z dziedzin specjalistyki ambulatoryjnej, stomatologii czy opieki hospicyjnej uniemożliwia identyfikację obszarów problematycznych dla tej grupy świadczeniodawców i zaproponowanie nowych form wsparcia.
2. W większości przypadków ośrodki powstawania kosztów są wyodrębniane prawidłowo, podobnie jak prawidłowo przypisywane są kody funkcji. Problemy nadal sprawia wyodrębnianie obszarów w ramach SOR/ IP a także identyfikacja OPK proceduralnych i nadanie im właściwych kodów funkcji (zwłaszcza w przypadku poradni medycyny pracy). Większą uwagę zwrócić również należy na zgodną z rozporządzeniem kwalifikację OPK do kosztów zarządu.
3. Świadczeniodawcy dość często korzystają z dopuszczonej przez rozporządzenie możliwości stosowania własnych rozdzielników kosztów wspólnych oraz kluczy podziałowych. Niektóre z nich mogą być jednak dyskusyjne co do zasadności i logiki ich przyjęcia, zwłaszcza podział kosztów apteki w oparciu o wartość wydanych leków czy podział kosztów rejestracji na podstawie czasu pracy poszczególnych poradni.



### WNIOSKI

4. W ok. 30 % przypadków koszty wytworzenia OPK i koszty własne sprzedaży zostały obliczone w sposób nieprawidłowy. Do najczęstszych błędów w tym obszarze należały różnice pomiędzy sumą kosztów bezpośrednich i pośrednich a wartościami finalnymi, co może wskazywać na „gubienie” części kosztów OPK działalności pomocniczej czy OPK proceduralnych na etapie ich alokacji (powodem może być np. niedostateczna identyfikacja wszystkich miejsc, na które powinien „rozejść się” koszt całkowity danego OPK).
5. Podobnie, w 1/3 przypadków OPK proceduralnych nie została zachowana zasada, że koszt wytworzenia tego OPK powinien zostać w całości alokowany na wszystkie OPK zlecające. Sytuacje takie mogły wynikać z nieuwzględnienia (albo nie przedstawienia w przesłanym materiale) na przykład kosztu procedur wykonanych na zewnątrz (na rzecz innego podmiotu albo pacjentów prywatnych).
6. W zakresie planu kont zespołu 4 najczęściej identyfikowano: rozbieżności w formacie numeracji kont w stosunku do rozporządzenia, rozbudowę kont na niewłaściwym poziomie analitycznym czy też tworzenie nowych kont niezgodnie z rozporządzeniem. Jakkolwiek w części przypadków uzasadnienie stanowić mogą ograniczone możliwości posiadanych systemów księgowych, tym niemniej pamiętać należy, iż brak zgodności z planem kont wskazanym w rozporządzeniu w znacznym stopniu może utrudnić gromadzenie, weryfikację i analizę danych.



## PLANOWANE FORMY WSPARCIA

Opracowanie i  
udostępnienie Aplikacji  
SRK

Opracowanie kolejnych  
praktycznych  
przykładów wyceny  
procedur medycznych

Zorganizowanie do  
końca roku szkoleń  
dedykowanych  
problematicznym  
obszaram w zależności  
od zapotrzebowania  
świadczeniodawców