

- 1. Czy koszty ponoszone na zakup materiałów i amortyzacja sprzętu zakupionego z projektów unijnych należy księgować na 525, a nie bezpośrednio do OPK działalności podstawowej?**

Zakup materiałów finansowanych z projektów unijnych należy ujmować na koncie 525. Natomiast amortyzacja środków trwałych zakupionych w ramach projektów unijnych powinna być przypisywana do tego OPK, w którym dany sprzęt jest faktycznie użytkowany. Dzięki temu koszt amortyzacji odzwierciedla rzeczywiste miejsce wykorzystania zasobu i powstawania kosztu.

- 2. W jaki sposób rozksięgowywać koszty Poradni Medycyny Pracy, jeśli miałyby być ośrodkiem proceduralnym 507? PMP bada pracowników działalności pomocniczej - w jaki sposób narzucać koszty z 507 na 530/535, skoro koszty tych ośrodków zostały już rozliczone w I i II etapie rozliczenia?**

Dla badań wykonanych dla pracowników ośrodków proceduralnych lub usługowych można stworzyć odrębny ośrodek kosztowy o kodzie funkcji 521,522, 523 bądź 524, tam końcowo alokować koszty z Poradni medycyny pracy i wykonanych badań na rzecz pracowników tych OPK, ponieważ OPK Medycyna pracy proceduralny rozlicza się w III etapie alokacji i nie ma możliwości powrotu do rozliczenia znowu do II etapu.

- 3. Dzień dobry, czy spółka, która prowadzi KPiR, która udziela świadczeń w ramach POZ i poradni specjalistycznych ma obowiązek sporządzania rachunków kosztów?**

Taka spółka jest zwolniona z SRK, powodem zwolnienia z tego obowiązku jest fakt, że spółka prowadzi uproszczoną księgowość w formie Podatkowej Księgi Przychodów i Rozchodów (KPiR)

- 4. Czy na OPK: SOR - obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć, można rejestrować koszty administracyjne (koszty podjazdu, koszty wynagrodzenia kierownika SORu i wynagrodzenia sekretarki medycznej)?**

Tak, OPK 530 obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć służy między innymi do ewidencjonowania wynagrodzeń osób nadzorujących pracę SORu, wynagrodzeń personelu niemedycznego, kosztów wspólnych jak np. toalety, korytarze czy podjazd oraz pozostałych kosztów związanych z segregacją i rejestracją.

- 5. Od kiedy placówki POZ z AOS muszą wprowadzić SRK?**

Przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców weszły w życie 1 stycznia 2021 roku, rozpoczynając obowiązywanie standardu rachunku kosztów.

- 6. Jaki powinien być kod resortowy? Obszar Proceduralny SOR i do Obszar Konsultacyjny SOR? oraz do pozostałych opk-ów dotyczących Sor-u?**

Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, to 4902 – Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)

- 7. jakim kluczem prawidłowo rozbijać Centralny Blok Operacyjny?**

***czas operacji**

***zajętość sal**

***ilość procedur**

Czy jest jakiś inny sposób?

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, nie rekomenduje się tworzenia jednego centralnego bloku operacyjnego i rozliczania jego kosztów na podstawie kluczy takich jak czas operacji, zajętość sal czy liczba procedur. Bloki operacyjne powinny być wyodrębniane jako odrębne OPK o kodzie funkcji 507 zgodnie z przyjętymi kryteriami:

- istotność kosztowa,
- specjalność medyczna, której dotyczą wykonywane świadczenia,
- wyposażenie i aparatura medyczna wykorzystywane w danym obszarze.

8. Czy w 527 można ująć koszty dotyczące projektu finansowanego z UE?

Konto 525 jest formalnie przewidziane jako miejsce ewidencji kosztów związanych z projektami unijnymi

9. NZOZ - na jakich OPK będzie projekt FENIKS oraz jakie przykładowe programy wchodzi w OPK 526?

Konto 525 jest formalnie przewidziane jako miejsce ewidencji kosztów związanych z projektami unijnymi, konto 526 dotyczy programów zdrowotnych i profilaktycznych finansowanych przez NFZ/MZ np. program profilaktyki raka piersi.

10. W przypadku posiadania własnej kotłowni gazowej kogeneracyjnej czy prawidłowe jest ewidencjonowanie kosztów gazu na OPKa kotłowni i następnie podział kosztów całkowitych kotłowni np. według powierzchni?

Tak, jest to prawidłowe.

11. Czy w ilość rejestracji obejmuje również ilość pacjentów, którzy nie zgłosili się do poradni czy tylko ci co mieli wizytę zrealizowaną?

Liczba rejestracji powinna obejmować wszystkie dokonane rejestracje pacjentów do poradni, niezależnie od tego, czy wizyta została ostatecznie zrealizowana. Oznacza to, że wliczane są zarówno wizyty odbyte, jak i przypadki pacjentów, którzy nie zgłosili się na umówiony termin.

12. A czy pracownia dział fizjoterapii może być w 501?

Nie, to OPK proceduralny 507

13. Poprosimy o przykłady numeracji wykazu procedur w połączeniu z ICD9

Na stronie Agencji w zakładce SRK ->Wsparcie AOTMiT w SRK zamieszczone są szablony z przykładową wyceną procedur, zawierają m.in. przykłady nr procedur.

14. W danym podmiocie można stosować różne metody kalkulacyjne tzn. np. w zabiegowym metodę opartą na jednostce kalkulacyjnej a np. w gabinecie rehabilitacji medycznej metodę opartą na czasie trwania procedury?

Tak, można

15. W wycenie procedury materiały wysokocenne (np.stenty), prawidłowo powinny być wliczane do wyceny procedury, czy bezpośrednio obciążać jednostkę, z której było zlecenie?

Materiały wysokocenne wykorzystywane w trakcie wykonania procedury (np. stenty, endoprotezy, implanty) powinny być ujęte w koszcie OPK, z którego jest pacjent i nie należy ich wliczać w wycenę procedury.

16. Czy w przypadku ZOL i Hospicjum muszą być wykazywane procedury medyczne na 507, czy mogą być bezpośrednio wykazywane koszty na OPK 505 i 502?

ZOL i Hospicjum nie są OPK proceduralnymi, zatem nie należy wykazywać i wyceniać procedur medycznych. OPK te są rozliczane osobodniem opieki, który już zawiera wszystkie wykonywane czynności.

17. Czy na OPK 545 mogą być wykazywane koszty sprzedaż usług najmu lokalu?

Tak.

18. Czy kaplica nie powinna być na koncie 535?

Kaplica zgodnie ze standardem rachunku kosztów powinna znajdować się na koncie kosztów zarządu.

19. Czy OPK 507 może alokować koszty na inny OPK 507?

SRK nie zaleca takiego sposobu, natomiast, jeżeli zachodzi taka konieczność to, można zastosować takie rozwiązanie.

20. Poradnia Medycyny Pracy- poradnia wykonuje badania, konsultacje oraz jest zlecanodawcą diagnostyki pacjentom zgłaszającym się do poradni. W jaki sposób zaewidencjonować koszty badań dla naszych pracowników zatrudnionych na jednostkach działalności proceduralnej czy zarządzie?

Dla badań wykonanych dla pracowników ośrodków proceduralnych lub usługowych można stworzyć odrębny ośrodek kosztowy o kodzie funkcji 521,522, 523 bądź 524, tam końcowo alokować koszty z Poradni medycyny pracy i wykonanych badań na rzecz pracowników tych OPK, ponieważ OPK Medycyna pracy proceduralny rozlicza się w III etapie alokacji i nie ma możliwości powrotu do rozliczenia znowu do II etapu.

21. Hospitalizacja pacjentów- jak wydzielić koszty z podstawowej działalności na działalność komercyjną w przypadków pacjentów nieubezpieczonych?

W przypadku pacjentów nieubezpieczonych nie ma konieczności wydzielania odrębnych kosztów działalności komercyjnej, jeżeli takie przypadki występują sporadycznie i nie mają istotnego wpływu na koszty funkcjonowania oddziału. Koszty świadczeń pozostają w kosztach właściwego OPK działalności podstawowej. Należy tylko pamiętać, aby przychody związane z udzieleniem świadczeń pacjentom nieubezpieczonym ująć odpowiednio w przychodach danego oddziału lub komórki organizacyjnej, która zrealizowała świadczenie. Odrębne wydzielanie kosztów działalności komercyjnej warto rozważyć dopiero wtedy, gdy skala takich świadczeń jest istotna i pozwala na ich wiarygodne wyodrębnienie.

22. Czy prawidłowo ujmowane są na OPK SOR Ryczałtowy jako koszty bezpośrednie dotyczące transportu pacjentów, którzy trafili na SOR i wyszli do domu.

Tak.