

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 2014 r.

**w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców**

Na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Przepisy ogólne**

§ 1. 1. Rozporządzenie określa zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, którzy zawarli z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowę, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

2. Standard rachunku kosztów, zwany dalej „standardem”, określa:

- 1) sposób identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych w systemie finansowo-księgowym;
- 2) sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym.

§ 2. Użyte w standardzie określenia oznaczają:

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491 i 1831.

- 1) amortyzacja ekonomiczna – amortyzację obliczoną od wartości odtworzeniowej;
- 2) dostępność praktyczna zasobów – maksymalną dostępność możliwą do osiągnięcia w praktyce;
- 3) dostępność teoretyczna zasobów – maksymalną dostępność możliwą do osiągnięcia przy założeniu całkowitej wydajności wykorzystania zasobów oraz uwzględnieniu przepisów powszechnie obowiązujących i specyfikacji technicznej urządzeń określonej przez projektantów lub producentów;
- 4) działalność podstawowa – działalność świadczeniodawcy związaną z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) działalność pomocnicza – działalność świadczeniodawcy polegającą na wykonywaniu zadań wspomagających działalność podstawową;
- 6) gotowość – utrzymywanie przez świadczeniodawcę zdolności do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, której obowiązek wynika z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy lub zawartych umów;
- 7) kategoria kosztów – koszty proste zgrupowane w sposób umożliwiający uzyskanie jednorodnej informacji o zasobach ekonomicznych;
- 8) koszt – wyrażone w pieniądzu wykorzystanie (zużycie) zasobów, związanych z prowadzoną w określonych warunkach działalnością, w celu osiągnięcia w bieżącym okresie, lub w przyszłości, korzyści ekonomicznej dla świadczeniodawcy;
- 9) koszty proste – jednorodne elementy składające się na koszt zużytych zasobów ekonomicznych, co umożliwia ich jednoznaczne odniesienie do kategorii kosztów, natomiast w module kontrolingowym – dodatkowo możliwość odniesienia do zasobów ekonomicznych;
- 10) koszty rzeczywiste – koszty ustalone w oparciu o dokumenty księgowe dokumentujące faktyczną ilość i cenę zużytych zasobów ekonomicznych oraz koszty dotyczące działalności inwestycyjnej i finansowej świadczeniodawcy;
- 11) koszty według rodzaju – koszty, które w ramach ewidencji księgowej są w sposób jednoznaczny zakwalifikowane do określonego rodzaju kosztu, w szczególności amortyzacja, zużycie materiałów i energii;
- 12) lek – produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.<sup>3)</sup>) oraz środek spożywczy

---

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98 poz. 817,

specjalnego przeznaczenia w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.<sup>4)</sup>);

- 13) moduł kontrolingowy – system, w którym odbywa się kalkulacja planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie informacji gromadzonych w innych systemach i modułach świadczeniodawcy;
- 14) nośniki kosztów – parametry pozwalające odnieść koszty zasobów do innych obiektów kosztów, przy najlepszym sposobie odtworzenia relacji przyczynowo-skutkowych pomiędzy zużywaniem lub wykorzystywaniem zasobów a obiektami, na rzecz których zasoby te są odnoszone;
- 15) obiekt kosztów – przedmiot kalkulacji kosztów, w szczególności zasób ekonomiczny, procedurę medyczną, osobodzień hospitalizacji, zapewnienie gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ośrodek kosztów, pacjenta, jednorodną grupę pacjentów;
- 16) opieka medyczna – udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.<sup>5)</sup>);
- 17) osobodzień hospitalizacji – pobyt pacjenta na oddziale oraz związaną z tym opieką medyczną;
- 18) ośrodek kosztów – wyodrębnioną przez świadczeniodawcę jednostkę lub komórkę organizacyjną, kilka jednostek lub komórek organizacyjnych, część jednostki lub komórki organizacyjnej lub wyodrębniony zakres działalności świadczeniodawcy, w których występuje koszt;
- 19) pobyt pacjenta na oddziale – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;

---

z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679, z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 822 i 1491.

<sup>4)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95, 742, z 2013 r. poz. 766, 1290, oraz z 2014 r. poz. 1136 i 1138.

<sup>5)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 24, 423, 619, 1138, 1146, 1491 i 1626.

- 20) standardowa cena – proponowaną jednostkową cenę (stawkę) zasobu ekonomicznego o określonych cechach jakościowych, z uwzględnieniem kosztów zakupu oraz możliwych do uzyskania upustów;
- 21) standardowe zużycie – racjonalne (uzasadnione) zużycie zasobów o określonych parametrach jakościowych koniecznych do zrealizowania świadczenia opieki zdrowotnej w założonych warunkach operacyjnych, wynikających w szczególności z wymagań jakościowych dotyczących procesu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, stosowanej technologii, kwalifikacji pracowników, organizacji pracy, właściwości zasobów ekonomicznych;
- 22) system finansowo-księgowy – system, w którym odbywa się identyfikacja, ewidencja i rozliczanie kosztów rzeczywistych;
- 23) ścieżka pacjenta – informację medyczną o przebiegu leczenia pacjenta, pozwalającą na określenie ilościowego zużycia obiektów, których koszty składają się na koszt świadczenia opieki zdrowotnej;
- 24) zarząd – działalność świadczeniodawcy związana z ogólnym zarządzaniem, administracją, kadrami i finansami;
- 25) zasoby ekonomiczne – zasoby wykorzystywane przez świadczeniodawcę w ramach prowadzonej działalności, których obecność i wykorzystanie zależy od celu i zakresu tej działalności;
- 26) zasoby elastyczne – zasoby ekonomiczne nabywane (angażowane) w miarę potrzeb, których rodzaj i ilość mogą być elastycznie dopasowane do realizowanych zadań;
- 27) zasoby niewykorzystane – zasoby zaangażowane, które w okresie sprawozdawczym nie zostały wykorzystane do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz utrzymania gotowości do ich udzielania;
- 28) zasoby zaangażowane – zasoby ekonomiczne nabywane (angażowane) przez świadczeniodawcę z pewnym wyprzedzeniem w stosunku do wykorzystania.

## Rozdział 2

### **Rejestracja kosztów rzeczywistych w systemie finansowo-księgowym**

§ 3. 1. Ewidencja kosztów rzeczywistych w zespole kont kosztów w układzie rodzajowym następuje na podstawie zewnętrznych i wewnętrznych dokumentów księgowych.

2. Z zespołu kont kosztów w układzie rodzajowym następuje przeniesienie na zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym.

3. Zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym zawiera podział na ośrodki kosztów działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, odzwierciedlające ośrodki tych kosztów.

4. Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów ustala świadczeniodawca przy uwzględnieniu, w zakresie:

- 1) działalności podstawowej – przepisów wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) działalności pomocniczej oraz zarządu – podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym.

5. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym, w zakresie działalności podstawowej, tworzy się co najmniej trzy dodatkowe poziomy kont analitycznych:

- 1) I stopnia – dla ośrodka kosztów;
- 2) II stopnia – dla kategorii kosztów prostych, o których mowa w § 4;
- 3) III stopnia – dla kosztów według rodzaju.

6. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym, w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu, tworzy się co najmniej dwa dodatkowe poziomy kont analitycznych:

- 1) I stopnia – dla ośrodka kosztów;
- 2) II stopnia – dla kosztów według rodzaju.

§ 4. Ustala się następujące kategorie kosztów prostych:

- 1) kategoria nr 1 – leki;
- 2) kategoria nr 2 – wyroby medyczne i inne materiały używane jednorazowo, nie zaliczone do kategorii 4;
- 3) kategoria nr 3 – wyroby medyczne i inne materiały używane wielorazowo, nie zaliczone do kategorii 4;
- 4) kategoria nr 4 – środki trwałe i wartości niematerialne i prawne;
- 5) kategoria nr 5 – zasoby ludzkie;
- 6) kategoria nr 6 – utrzymanie pomieszczeń;

- 7) kategoria nr 7 – usługi zewnętrzne nabywane na rzecz pacjenta, do których zalicza się usługi obce świadczone bezpośrednio na rzecz pacjenta przebywającego w danym ośrodku kosztów;
- 8) kategoria nr 8 – usługi z innych ośrodków kosztów działalności podstawowej i pomocniczej.

§ 5. Wzorcowy plan kont kosztów świadczeniodawcy jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

### Rozdział 3

#### **Kalkulacja kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym**

§ 6. Kalkulacja kosztu świadczenia opieki zdrowotnej obejmuje następujące etapy:

- 1) etap I – identyfikacja obiektów kosztów i powiązań między nimi;
- 2) etap II – gromadzenie informacji o planowanych kosztach prostych w ośrodkach kosztów działalności podstawowej;
- 3) etap III – ustalanie planowanych kosztów usług działalności pomocniczej;
- 4) etap IV – ustalanie planowanych kosztów zasobów ekonomicznych w ośrodkach działalności podstawowej;
- 5) etap V – ustalanie planowanych kosztów poszczególnych obiektów kosztów wchodzących w skład wykonanego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 6) etap VI – kalkulacja planowanego kosztu wykonania świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) etap VII – rozliczenie planowanych kosztów gotowości oraz odniesienie ich do kosztu skalkulowanego w etapie VI;
- 8) etap VIII – rozliczenie odchyleń kosztu otrzymanego w etapie VII od kosztu rzeczywistego i ustalenie rzeczywistego kosztu świadczenia opieki zdrowotnej będącego przedmiotem sprzedaży;
- 9) etap IX – rozliczenie rzeczywistych kosztów ogólnego zarządu oraz odniesienie ich do kosztu skalkulowanego w etapie VIII.

§ 7. 1. Identyfikacja obiektów kosztów wskazuje świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawcę oraz elementy tych świadczeń.

2. Obiekt kosztów będący procedurą medyczną może składać się z jednego obiektu kosztów albo z wielu, w tym powtarzalnych, obiektów kosztów niższego rzędu. Jeżeli

procedura medyczna składa się z wielu, w tym powtarzalnych, obiektów kosztów niższego rzędu, obiekt ten będzie kalkulowany jako zbiór obiektów kosztów niższego rzędu.

3. Obiekt kosztów będący osobodniem hospitalizacji w oddziale może składać się z:

- 1) pobytu pacjenta na oddziale;
- 2) opieki medycznej sprawowanej nad pacjentem.

4. Obiekt kosztów będący lekiem lub wyrobem medycznym może być odnoszony bezpośrednio do pacjenta albo uwzględniony w koszcie procedury medycznej, albo w koszcie pobytu na oddziale.

5. Lek lub wyrób medyczny może być uwzględniony w koszcie pobytu na oddziale wyłącznie w przypadku, jeżeli ich koszt jednostkowy jest mało istotny w odniesieniu do kosztu pobytu na oddziale.

6. Lek lub wyrób medyczny zastosowany podczas procedury medycznej uwzględnia się w koszcie tej procedury, z wyjątkiem leku lub wyrobu medycznego, którego koszt jednostkowy jest istotny w odniesieniu do kosztu tej procedury i jednocześnie jest zróżnicowany w zależności od pacjenta, z zastrzeżeniem § 17 i § 19.

§ 8. 1. Ustalenie kosztów planowanych dla danego ośrodka kosztów działalności podstawowej odbywa się na podstawie kosztów rzeczywistych poniesionych w poprzednim okresie, uaktualnionych do warunków bieżącego okresu, uzupełnionych o inne informacje, umożliwiające uzyskanie prawidłowej informacji planowanej.

2. W procesie planowania kosztów prostych bazowa informacja o koszcie planowanym dla danej pozycji w module kontrolingowym powstaje na podstawie informacji o koszcie tej pozycji zarejestrowanej w systemie finansowo-księgowym, w tym poprzez ustalenie sumarycznego kosztu planowanej pozycji za okres 12 miesięcy albo krótszy i podzielenie go przez liczbę miesięcy, dla której ten koszt został ustalony.

3. Planowany koszt prosty ustalony w sposób określony w ust. 2, weryfikuje się tak, aby w większym stopniu odpowiadał kosztowi bieżącemu niż historycznemu. Jeżeli przewiduje się, że koszt prosty danej pozycji w przyszłym okresie będzie wyższy albo niższy niż wartość planowanego kosztu prostego, ustalona w sposób określony w ust. 2, to planowany koszt prosty przyjmuje się jako wartość uaktualnioną zgodnie z ust. 1. W przypadku braku informacji o koszcie historycznym, planowany koszt prosty ustala się na podstawie możliwie jak najbardziej rzetelnych szacunków.

4. Do kosztów prostych ośrodka kosztów działalności podstawowej należą także koszty skalkulowane pierwotnie w innych ośrodkach kosztów działalności podstawowej lub działalności pomocniczej, przeniesione do danego ośrodka kosztów działalności podstawowej w związku z usługą wykonaną na rzecz tego ośrodka kosztów działalności podstawowej. W ośrodku kosztów działalności podstawowej, do którego taki koszt został przeniesiony, nie wyodrębnia się elementów składających się na koszt takiej usługi.

§ 9. 1. Dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej wydziela się kategorie kosztów prostych, o których mowa w § 4.

2. Koszt prosty przyporządkowuje się jednoznacznie do odpowiedniej kategorii kosztów prostych oraz do zasobu ekonomicznego.

§ 10. 1. Ustalenie kosztów planowanych dla danego ośrodka kosztów działalności pomocniczej odbywa się na podstawie kosztów rzeczywistych poniesionych w poprzednim okresie ustalonym przez świadczeniodawcę oraz zarejestrowanej liczby wykonanych usług.

2. Na koszty ośrodka kosztów działalności pomocniczej składają się:

- 1) koszty poniesione w tym ośrodku;
- 2) koszty świadczeń z innych ośrodków kosztów działalności pomocniczej i ośrodków kosztów działalności podstawowej zrealizowanych na rzecz tego ośrodka.

3. Wysokość kosztów usług otrzymanych z innych ośrodków kosztów działalności pomocniczej ustala się jako iloczyn rzeczywistej liczby usług otrzymanych z tych ośrodków i planowanej stawki usługi.

4. Koszt świadczeń opieki zdrowotnej otrzymanych z ośrodków działalności podstawowej ustala się jako iloczyn rzeczywistej liczby otrzymanych świadczeń opieki zdrowotnej i planowanej stawki świadczenia ustalonej w module kontrolingowym.

5. Wysokość kosztów usług realizowanych przez ośrodek kosztów działalności pomocniczej na rzecz ośrodków kosztów działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu ustala się jako iloczyn liczby usług udzielonych na rzecz tych ośrodków i planowanej stawki usługi.

§ 11. 1. W celu kalkulacji kosztów zasobów ekonomicznych w ośrodku kosztów działalności podstawowej, zasobom ekonomicznym przypisuje się planowane koszty proste danej kategorii.



2. Koszty proste danej kategorii związane wyłącznie z jednym zasobem ekonomicznym przyporządkowuje się bezpośrednio do tego zasobu.

3. Koszty proste danej kategorii związane z grupą zasobów ekonomicznych przyporządkowuje się do każdego zasobu za pomocą nośników kosztów.

4. Do jednego zasobu ekonomicznego mogą zostać przypisane koszty proste należące do kilku różnych kategorii.

§ 12. 1. Typowe planowane koszty proste według kategorii w ośrodkach kosztów działalności podstawowej są określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Typowe pozycje kosztów prostych przypisanych do zidentyfikowanych grup zasobów ekonomicznych są określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 13. 1. Wykorzystanie informacji o kosztach zasobów ekonomicznych do kalkulacji innych obiektów kosztów wymaga określenia jednostkowego kosztu zasobu ekonomicznego.

2. W przypadku zasobów zaangażowanych:

- 1) do kalkulacji kosztu jednostkowego określa się dostępność praktyczną zasobów;
- 2) w celu ustalenia dostępności praktycznej zasobów ośrodka kosztów działalności podstawowej odpowiednio koryguje się dostępność teoretyczną zasobów;
- 3) przy wyborze nośnika kosztów należy kierować się relacjami przyczynowo-skutkowymi między zasobem ekonomicznym a obiektami kosztów, na rzecz których zasób będzie odnoszony;
- 4) koszt na jednostkę nośnika kosztów oblicza się, dzieląc planowane koszty całkowite przez dostępność praktyczną zasobów.

3. W przypadku zasobów elastycznych stawka kosztów na jednostkę nośnika kosztów jest ustalana na podstawie standardowego zużycia i standardowych cen tego zasobu.

§ 14. Przy ustaleniu planowanych kosztów obiektów wchodzących w skład świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się:

- 1) procedury medyczne;
- 2) osobodni hospitalizacji;
- 3) leki i wyroby medyczne odnoszone bezpośrednio do pacjenta;
- 4) koszty gotowości przypadające na pacjenta.

§ 15. 1. Obiekty kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyodrębnia się, uwzględniając następujące zasady:

- 1) możliwość opisanie wielu podobnych procedur medycznych za pomocą jednego obiektu kosztów;
- 2) podział procedury medycznej na elementy powtarzające się dla różnych procedur, z których każdy zostanie opisany jako jeden obiekt kosztów;
- 3) w przypadku braku możliwości zastosowania pkt 1 i 2 – należy utożsamić obiekt kosztów z procedurą medyczną;
- 4) pomijanie procedur o nieistotnych kosztach lub kosztach uwzględnionych w innych obiektach kosztów.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jeden obiekt kosztów może być wykorzystany do opisanie kilku procedur medycznych i określenia ich kosztu, w szczególności gdy podobny personel wykonuje różne procedury medyczne przy wykorzystaniu analogicznego sprzętu i podobnego zestawu leków i wyrobów medycznych.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, koszt procedury medycznej może być sumą kilku odrębnie skalkulowanych obiektów kosztów, w szczególności w przypadku złożonych procedur medycznych, w których można wyodrębnić kilka powtarzalnych etapów wykonywanych także w innych procedurach medycznych.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, obiekt kosztów może być tożsamy z procedurą medyczną, w szczególności gdy dana procedura medyczna angażuje nietypowe zasoby i w ośrodku kosztów nie wykonuje się podobnych procedur medycznych lub nie można tej procedury podzielić na etapy, które mogłyby powtarzać się w przypadku innych procedur medycznych.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, jest możliwa rezygnacja z uwzględniania w modelu niektórych procedur medycznych, w szczególności w sytuacji, gdy koszt związany z wykonaniem danej procedury jest niewielki lub koszt zasobów zaangażowanych w daną procedurę jest uwzględniony w kosztach innych obiektów.

§ 16. 1. Procedury medyczne wyodrębnia się w ośrodkach kosztów działalności podstawowej:

- 1) które zajmują się realizacją procedur medycznych i nie są oddziałami szpitalnymi;
- 2) będących oddziałami szpitalnymi, jeżeli dana procedura medyczna istotnie różnicuje koszt leczenia pacjenta.

2. Koszt procedury medycznej obejmuje sumę kosztów zasobów lub innych wcześniej skalkulowanych obiektów kosztów niższego rzędu.

§ 17. 1. Kalkulację kosztów procedury medycznej o charakterze jednorodnym przeprowadza się, wskazując zasoby ekonomiczne, które są wykorzystywane do jej wykonania i określając wymaganą liczbę poszczególnych zasobów ekonomicznych niezbędnych do wykonania tej procedury.

2. Na podstawie czynności, o których mowa w ust. 1, opracowuje się kartę procedury medycznej, będącą ilościowo-jakościowym zestawieniem zasobów ekonomicznych wykorzystywanych przy typowym wykonaniu tej procedury.

3. Koszt procedury medycznej ustala się poprzez zsumowanie iloczynów liczby nośników kosztów zasobów oraz kosztu na jednostkę tego nośnika skalkulowanego zgodnie z § 11.

4. W przypadku gdy procedura medyczna składa się z kilku odrębnych obiektów kosztów, każdy obiekt kosztów kalkuluje się w sposób określony w ust. 1–3. W tym przypadku koszt procedury medycznej stanowi sumę wszystkich skalkulowanych obiektów kosztów.

5. W przypadku procedur medycznych, których koszt istotnie zależy od zastosowanych leków lub wyrobów medycznych, ich koszt dolicza się bezpośrednio do kosztów leczenia pacjenta. Całkowity koszt wykonania danej procedury medycznej obejmuje planowany koszt procedury medycznej oraz koszty leków lub wyrobów medycznych doliczonych odrębnie.

§ 18. 1. Świadczeniodawca, dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 2, w przypadku przyjęcia założenia, iż koszt jednego dnia pobytu na oddziale jest taki sam dla każdego pacjenta, identyfikuje jeden obiekt kosztów będący osobodniem hospitalizacji. W przypadku, gdy koszt pobytu pacjentów na oddziale jest zróżnicowany, wyodrębnia się większą liczbę obiektów kosztów.

2. Przyjmuje się, że koszt osobodnia hospitalizacji przypadający na pacjenta jest równy. W sytuacji, gdy stan pacjentów na oddziale istotnie się różni, co powoduje, że otrzymują różny zakres opieki medycznej i przekłada się to na istotne różnice w koszcie osobodnia hospitalizacji, przyjmuje się podział pacjentów na grupy.

3. W celu obliczenia czasu opieki medycznej przypadającej na jeden osobodzień hospitalizacji pacjenta, określa się liczbę godzin pracy niezbędnego personelu w ramach poszczególnych jego rodzajów, przy obłożeniu oddziału na poziomie praktycznym.

§ 19. 1. Leki i wyroby medyczne mogą być odnoszone bezpośrednio do pacjenta albo uwzględniane za pośrednictwem innych obiektów kosztów – procedur medycznych i osobodni hospitalizacji.

2. Planowany koszt leków i wyrobów medycznych uwzględnia koszty wszystkich ośrodków kosztów działalności pomocniczej świadczących usługi na rzecz przygotowania ich do wydania.

3. Planowana stawka kosztu na jednostkę nośnika kosztu funkcjonowania ośrodka, o którym mowa w ust. 2, równa jest ilorazowi wartości planowanych kosztów ośrodka oraz wartości planowanej liczby jednostek tego nośnika kosztów.

4. Nośnikiem kosztów leków i wyrobów medycznych odnoszonych bezpośrednio do pacjenta jest liczba opakowań. W uzasadnionych przypadkach zaleca się wprowadzenie nośnika uwzględniającego intensywność działań ośrodka kosztów, w szczególności jeżeli wymagane jest sporządzenie leku albo dopasowanie wyrobu medycznego w danym ośrodku kosztów. W tym przypadku koszt przypadający na opakowanie należy pomnożyć przez odpowiedni współczynnik.

5. Planowaną stawkę kosztu, o której mowa w ust. 3, dolicza się do kosztu opakowania.

6. Koszt leku i wyrobu medycznego jest odnoszony bezpośrednio do pacjenta poprzez pomnożenie jego faktycznego zużycia przez koszt planowany obejmujący standardową cenę oraz planowane koszty odpowiednich ośrodków kosztów działalności pomocniczej.

7. W przypadku leków i wyrobów medycznych wykorzystanych w procesie leczenia pacjenta i uwzględnianych za pośrednictwem procedur medycznych:

- 1) ich ilość określa się na poziomie średnim dla typowego przebiegu procedury medycznej i są one doliczane do ogółu zasobów wykorzystywanych w trakcie wykonywania procedury medycznej;
- 2) jeżeli leki i wyroby medyczne można zagregować w zestawy wykorzystywane do wykonania procedury medycznej, są one traktowane jako jeden zasób ekonomiczny (zestaw);
- 3) ich koszt określa się jako iloczyn standardowej ilości leków i wyrobów medycznych i kosztu planowanego obejmującego standardową cenę oraz planowane koszty

odpowiednich ośrodków kosztów działalności pomocniczej, i następnie dolicza się do ogółu zasobów wykorzystywanych w trakcie wykonywania tej procedury.

8. W przypadku leków i wyrobów medycznych wykorzystanych w procesie leczenia pacjenta i uwzględnianych za pośrednictwem osobodnia hospitalizacji, ustala się średni koszt leków i wyrobów medycznych przypadających na osobodzień hospitalizacji pacjenta na oddziale, jako iloczyn standardowej ilości leków i wyrobów medycznych i kosztu planowanego obejmującego standardową cenę oraz planowane koszty odpowiednich ośrodków kosztów działalności pomocniczej.

§ 20. Planowany koszt wykonania świadczenia opieki zdrowotnej ustala się jako sumę planowanych kosztów obiektów składających się na to świadczenie określonych w § 16–19.

§ 21. 1. Koszty gotowości określa się jako część kosztów zasobów niewykorzystanych, w odniesieniu do których spełnione zostały jednocześnie następujące warunki:

- 1) ich niewykorzystanie jest związane z utrzymaniem gotowości przez ośrodek kosztów działalności podstawowej;
- 2) ich utrzymanie jest niemożliwe do uniknięcia w związku z realizacją działalności podstawowej.

2. Koszty gotowości są kalkulowane oddzielnie dla każdego zasobu ekonomicznego w ośrodku kosztów działalności podstawowej.

3. W celu ustalenia poziomu niewykorzystania zasobu zaangażowanego, od ustalonej, zgodnie z § 13, dostępności praktycznej zasobów odejmuje się liczbę jednostek zasobu ekonomicznego, które zostały zaangażowane w procesie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W celu ustalenia kosztów gotowości, z ustalonego, zgodnie z ust. 3, poziomu niewykorzystania zasobu zaangażowanego, wyodrębnia się liczbę jednostek zasobu ekonomicznego przypadającą na koszty gotowości, a następnie tę liczbę mnoży się przez jednostkowy koszt zasobu ekonomicznego.

5. Po zsumowaniu kosztów gotowości związanych z każdym zasobem występującym w ośrodku kosztów działalności podstawowej otrzymana wartość dotyczy kosztów gotowości związanych z ośrodkiem kosztów działalności podstawowej.

§ 22. 1. Koszty gotowości rozlicza się na świadczenia opieki zdrowotnej oddzielnie dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej, w którym te koszty wystąpiły, poprzez doliczenie do obiektów kosztów wchodzących w skład świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 14 pkt 1 i 2.

2. Koszty zakończonych świadczeń opieki zdrowotnej stanowią sumę kosztów wykonania świadczeń opieki zdrowotnej oraz doliczonych do nich kosztów gotowości.

§ 23. 1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na przełomie okresów sprawozdawczych wykazuje się jako koszty niezakończonych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Na koniec każdego okresu sprawozdawczego świadczeniodawca wycenia świadczenia opieki zdrowotnej w trakcie realizacji, według sumy kosztów leków i wyrobów medycznych odnoszonych bezpośrednio do pacjenta oraz kosztów już zakończonych procedur medycznych oraz osobodni hospitalizacji.

§ 24. 1. W celu ustalenia kwoty odchyłeń przypadającej na zakończone świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjenta należy skalkulować wskaźnik odchyłeń od kosztu planowanego, i następnie pomnożyć wskaźnik odchyłeń przez wcześniej ustalony planowany koszt zakończonego świadczenia opieki zdrowotnej. Wskaźnik odchyłeń ustala się jako iloraz odchyłeń i sumy planowanych kosztów zakończonych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Odchylenie przypadające na zakończone świadczenie opieki zdrowotnej koryguje koszt planowany udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

§ 25. 1. Do kosztów zarządu zalicza się koszty:

- 1) zarządzania;
- 2) działów personalnych zajmujących się obsługą kadrowo-płacową;
- 3) działów finansowo-księgowych odpowiadających za przygotowanie sprawozdań finansowych;
- 4) działów kontrolingu i rachunkowości zarządczej odpowiadających za przygotowanie informacji dla potrzeb podejmowania decyzji oraz planowania i kontroli;
- 5) działów odpowiedzialnych za sprawozdawczość medyczną;
- 6) działów odpowiedzialnych za obsługę prawną;
- 7) działów odpowiedzialnych za obsługę informatyczną;

8) innych niż wymienione w pkt 1-7, ośrodków kosztów, w zakresie świadczeń udzielonych na rzecz ośrodków kosztów wymienionych w pkt 1-7.

2. Koszty zarządu zwiększają koszty zakończonych świadczeń opieki zdrowotnej i sprzedanych innych usług.

3. Uwzględnienia kosztów zarządu dokonuje się poprzez pomnożenie kosztów zakończonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz sprzedanych innych usług przez wskaźnik narzutu kosztów zarządu.

4. Wskaźnik narzutu kosztów zarządu ustala się jako iloraz kosztów zarządu i sumy planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych usług.

§ 26. 1. Na całkowity koszt własny zakończonych świadczeń opieki zdrowotnej składają się:

- 1) koszt wykonania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) rozliczone koszty gotowości;
- 3) rozliczone odchylenia pomiędzy kosztem planowanym a kosztem rzeczywistym świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozliczone koszty zarządu.

2. Na całkowity koszt własny sprzedanych innych usług niż świadczenia opieki zdrowotnej składają się:

- 1) koszt wykonanych usług skalkulowanych po koszcie planowanym zgodnie z § 10;
- 2) część odchyleń od kosztu planowanego usług rozliczona na wykonane usługi;
- 3) rozliczone koszty zarządu.

§ 27. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

Za zgodność pod  
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

*Alina Budziszewska-Makulska*

DYREKTOR

Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

www.inforflex.pl

*Sylvia Lis*

2014 -12- 18

Y R 10 x m o u

## Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Ustawa o świadczeniach nakłada obowiązek stosowania określonego rachunku kosztów wyłącznie na te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w zakresie przekazywania danych na potrzeby taryfikacji świadczeń. Obowiązek ten, zgodnie z przepisami ustawowymi, zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2020 r.

W chwili obecnej nie ma innego aktu prawnego regulującego tę kwestię. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) utraciło moc wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 271, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia różni się od ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w następującym zakresie:

- 1) dotyczy świadczeniodawców, a nie publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) nie nakłada obowiązku jego stosowania na wszystkich świadczeniodawców, lecz na te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w zakresie przekazywania danych, podczas gdy przywołane powyżej rozporządzenie, w związku z treścią nieobowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14., poz. 89, z późn. zm.), nakładało obowiązek na wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 3) w odmienny sposób określa zasady prowadzenia rachunku kosztów.

Standard rachunku kosztów określony projektowanym rozporządzeniem określa:

- 1) sposób identyfikacji obiektów kosztów u świadczeniodawców oraz wzajemne powiązania między tymi obiektami;



- 2) sposób identyfikacji i gromadzenia w systemie finansowo-księgowym kosztów faktycznie poniesionych przez świadczeniodawców;
- 3) zasady kalkulacji planowanych kosztów usług działalności pomocniczej;
- 4) zasady kalkulacji planowanych kosztów zasobów ekonomicznych;
- 5) zasady kalkulacji planowanych kosztów procedur medycznych;
- 6) zasady kalkulacji planowanych kosztów osobodnia hospitalizacji;
- 7) zasady kalkulacji planowanych kosztów leków i wyrobów medycznych;
- 8) zasady kalkulacji planowanych kosztów wykonania świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) zasady kalkulacji planowanych kosztów gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich odniesienia do wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) zasady kalkulacji kosztów niewykorzystanych zasobów ekonomicznych;
- 11) sposób gromadzenia i rozliczania kosztów zarządu świadczeniodawcy;
- 12) sposób wyceny i ewidencji niezakończonych na koniec okresu sprawozdawczego świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) zasady rozliczania odchyleń między kosztem planowanym a kosztem rzeczywistym świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14) zasady ustalania całkowitego kosztu własnego sprzedanych świadczeń opieki zdrowotnej i innych usług.

Kompletny rachunek kosztów świadczeniodawcy obejmuje informacje o ścieżkach pacjentów, z systemu finansowo-księgowego, z modułu kontrolingowego. Informacje medyczne dotyczące przebiegu leczenia każdego pacjenta służą do określenia obiektów, których koszty składają się na ostateczny koszt świadczenia opieki zdrowotnej. Na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta uzyskuje się informacje niefinansowe, które pozwalają na określenie ilościowego zużycia obiektów medycznych w świadczeniu opieki zdrowotnej.

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.

Optymalnym rozwiązaniem jest zatem nieznaczne zwiększenie poziomu szczegółowości informacji rejestrowanej w systemie finansowo-księgowym przy jednoczesnym zapewnieniu informacji gromadzonej w innych podsystemach.

Istotnym elementem rachunku kosztów jest uzyskanie informacji o zasobach wykorzystywanych w ramach prowadzonej działalności i ich kosztach. Stąd potrzeba rozbudowy ewidencji kosztów działalności podstawowej o dodatkowy poziom analityki w postaci kategorii kosztów. Rozporządzenie wprowadza kategoryzację kosztów prostych definiując 8 kategorii.

Wzorcowy plan kont kosztów świadczeniodawcy został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia i wskazuje te zespoły oraz poszczególne konta w ramach tych zespołów, które są szczególnie istotne z punktu widzenia niniejszego rachunku kosztów.

Moduł kontrolingowy służy do kalkulacji planowanych kosztów obiektów, które zostały uznane przez zarządzających za istotne przy podejmowaniu decyzji zarządczych, przy sporządzaniu sprawozdań, wycenie kosztów leczenia i w innych sytuacjach. Wśród tych obiektów duże znaczenie mają zasoby ekonomiczne, procedury medyczne, osobodni hospitalizacji pacjenta, gotowość do świadczenia usług oraz pacjenci.

W module kontrolingowym jest gromadzona informacja o planowanych kosztach danego ośrodka kosztów działalności podstawowej. Ustalenie kosztów planowanych odbywa się na podstawie kosztów faktycznie poniesionych w poprzednich okresach uaktualnionych do warunków bieżącego okresu, uzupełnionych o inne informacje umożliwiające uzyskanie prawidłowej informacji planowanej.

Zapewnienie wysokiej jakości kalkulacji kosztów w module kontrolingowym narzuca odpowiedni poziom szczegółowości informacji o kosztach planowanych. Ułatwieniem w planowaniu tej informacji jest posiadanie informacji o faktycznie poniesionych kosztach prostych zarejestrowanych według ośmiu kategorii w systemie finansowo-księgowym. W module tym kalkulowane są planowane koszty zasobów ekonomicznych, planowane koszty procedur medycznych i ich składowych, planowane koszty hospitalizacji wraz z elementami składowymi, koszty produktów leczniczych, koszty gotowości do udzielania świadczeń, koszty leczenia pacjenta i koszty niewykorzystanego potencjału.

W module kontrolingowym następuje połączenie informacji niefinansowej o przebiegu leczenia pacjenta (informacji medycznej) z odpowiadającą jej informacją finansową (z

systemu finansowo-księgowego) o kosztach poszczególnych składników procesu leczenia, prowadząc do wyliczenia kosztów leczenia każdego pojedynczego pacjenta. Przyjęto założenie, że:

1. Informacja o ilości zużytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych pochodząca z części medycznej połączona z informacją o koszcie tych leków zgromadzoną w module kontrolingowym pozwoli na uzyskanie informacji o koszcie produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych na każdego pacjenta. Koszt jednostkowy produktów leczniczych i wyrobów medycznych zostanie ustalony w module kontrolingowym na podstawie informacji o kosztach rzeczywistych tych leków zgromadzonych w systemie finansowo-księgowym.
2. Informacja o liczbie osobodni lub osobogodzin spędzonych przez danego pacjenta na poszczególnych oddziałach pochodząca z części medycznej zostanie w module kontrolingowym połączona z informacją o planowanym koszcie tych osobodni i osobogodzin. Pozwoli to na uzyskanie precyzyjnej informacji o koszcie osobodni i osobogodzin na poszczególnych oddziałach dla poszczególnych pacjentów. Informacja o planowanym koszcie osobodni lub osobogodziny na poszczególnych oddziałach jest ustalana na bazie planowanego kosztu zużytych zasobów ekonomicznych oraz ich niezbędnej planowanej ilości. Może to oznaczać, że pewna część zasobów zaangażowanych nie zostanie wykorzystana do bezpośredniego leczenia pacjenta. Niewykorzystana część zasobów może być niezbędna do zapewnienia gotowości do świadczenia usług opieki zdrowotnej lub może stanowić nieuzasadniony ekonomicznie niewykorzystany potencjał. Planowany koszt zasobów ekonomicznych wyliczany jest na bazie faktycznie zarejestrowanych kosztów w ośrodkach działalności podstawowej i pomocniczej w systemie finansowo-księgowym.
3. Informacja o procedurach medycznych wykonanych na rzecz konkretnego pacjenta, pochodząca z części medycznej połączona w module kontrolingowym z informacją o planowanym koszcie tych procedur pozwala na ustalenie kosztu procedur medycznych wykonanych na rzecz konkretnego pacjenta. Koszt procedur medycznych jest ustalany analogicznie jak w przypadku kosztu osobodni i osobogodzin;
4. Do skalkulowanego kosztu pacjenta są doliczane koszty gotowości wyliczone w module kontrolingowym oraz koszty zarządu ustalone na podstawie faktycznie zarejestrowanych kosztów w ośrodkach kosztów zarządu, w systemie finansowo-księgowym.

Przeprowadzenie pełnej kalkulacji kosztów pacjenta jest możliwe dopiero po zakończeniu okresu, kiedy znana jest informacja o przebiegu leczenia pacjentów w danym okresie. Przyjęte rozwiązania dają także możliwość przeprowadzenia w pełni planowanej kalkulacji symulującej koszty w przyszłych okresach.

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że chociaż centrum zaproponowanego rachunku kosztów stanowi moduł kontrolingowy, to jego funkcjonowanie bez prawidłowo przygotowanej informacji medycznej o pacjencie oraz informacji z systemu finansowo-księgowego nie jest możliwe.

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.

Do udziału w ww. projekcie zaproszeni byli pracownicy podmiotów leczniczych (w szczególności przedstawiciele kadry zarządzającej) oraz przedstawiciele podmiotów tworzących (tj. urzędów marszałkowskich, powiatów, gmin miejskich, ministerstw i uniwersytetów medycznych). Spośród pracowników podmiotów leczniczych zostali wybrani liderzy, wchodzący w skład interdyscyplinarnych zespołów liczących od kilku do kilkunastu osób, którzy po odbyciu specjalistycznych szkoleń dla liderów będą wdrażali nowoczesne narzędzia rachunkowości w swoich placówkach.

Wsparciem zostały objęte podmioty lecznicze posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia albo udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. W ramach projektu zostało przeszkolonych 6460 osób, w tym 6052 reprezentantów podmiotów

lecniczych oraz 408 przedstawicieli podmiotów tworzących. Wśród pracowników podmiotów leczniczych zostało przeszkolonych 1290 liderów rachunku kosztów.

W ramach projektu powstały m.in. następujące publikacje dotyczące rachunku kosztów:

- 1) Rachunek kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej. Podręcznik;
- 2) Instrukcja kosztów dla Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 3) Wzorcowy plan kont dla Zakładów Opieki Zdrowotnej - ewidencja kosztów w systemie finansowo-księgowym.

Rozwiązania zaproponowane w niniejszym projekcie rozporządzenia są spójne z tymi opracowanymi w ramach ww. projektu unijnego. W związku z tym projektowane rozporządzenie, oprócz jego podstawowej roli w zakresie wykonania dyspozycji ustawowej, stanowi jednocześnie logiczny kolejny krok w procesie wdrożenia nowoczesnych zasad rachunku kosztów i rachunkowości zarządczej u świadczeniodawców.

Przedmiotowe rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Sławomir Neumann – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pan Anatol Gołąb – zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia Pan Michał Dziewulski – specjalista w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia tel.: 22 53 00 348 e-mail: m.dziewulski@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 21 listopada 2014 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> <b>MZ 174</b></p>
---	---

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak jednolitych i nowoczesnych zasad prowadzenia rachunku kosztów przez świadczeniodawców, co ma wpływ zarówno na ograniczone możliwości w zakresie zarządzania tymi podmiotami, jak również na ograniczone możliwości zbierania rzetelnych i porównywalnych danych na potrzeby wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Proponowane zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów mają za zadanie ujednoczenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

### 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Rozwiązania zaproponowane w rozporządzeniu są dostosowane do obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej zasad rachunkowości, wymagań w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jak również potrzeb w zakresie taryfikacji tych świadczeń. Rozwiązania przyjęte w innych krajach są dostosowane do lokalnych uwarunkowań i wymagań, w związku z czym nie ma możliwości ich zestawienia i porównania.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy, którzy zawrą umowy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Brak danych	Art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Określony rozporządzeniem sposób prowadzenia rachunku kosztów

### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie projektowanego rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych, na okres 30 dni, następującym podmiotom:

1. Naczelnej Radzie Lekarskiej
2. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
3. Naczelnej Radzie Aptekarskiej
4. Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych
5. Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego  
Organizacja Pracodawców w Łańcucie
6. Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia
7. Pracodawcom Pomorza
8. Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
9. Izbie Lecznictwa Polskiego
10. Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
11. Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców
12. Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
13. Stowarzyszeniu Szpitali Małopolskich
14. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
15. Konsorcjum Szpitali Wrocławskich
16. Stowarzyszeniu Polska Unia Szpitali Klinicznych
17. Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
18. Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych
19. Związkowi Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur
20. Wielkopolskiemu Związkowi Szpitali Powiatowych
21. Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej
22. Ogólnopolskiej Izbie Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED
23. Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień
24. Związkowi Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego
25. Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia
26. Forum Związków Zawodowych
27. Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”
28. NSZZ „Solidarność”
29. Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
30. Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
31. Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych
32. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych
33. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy
34. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych
35. Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych
36. Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”
37. Business Center Club
38. Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia
39. Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego
40. Radzie Działalności Pożytku Publicznego.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji po ich zakończeniu.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ..... r.)

Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
<b>Dochody ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Wydatki ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Saldo ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

**Źródła finansowania**

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Rozporządzenie nie ma wpływu na budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Rozporządzenie może mieć wpływ wyłącznie na podmioty zaliczane do sektora finansów publicznych, które będąc świadczeniodawcami zawrą umowę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nie jest możliwe na obecnym etapie wskazanie takich podmiotów, a w związku z tym nie jest możliwe oszacowanie skutków finansowych w tym zakresie. Zawarcie umowy z określoną liczbą podmiotów (poza decyzją zarządzających tymi podmiotami) będzie bowiem zależało od kilku czynników, których nie można określić na obecnym etapie, a w szczególności od:

- przygotowanego przez Agencję i zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia planu taryfikacji (zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491) plan taryfikacji na rok 2015 Agencja sporządza do dnia 31 stycznia 2015 r., a minister zatwierdza w ciągu 14 dni od dnia otrzymania), który wskaże przede wszystkim rodzaje lub zakresy świadczeń, które będą poddane analizie i taryfikacji w danym roku co z kolei będzie determinowało liczbę podmiotów, od których konieczne będzie pozyskanie danych ,
- przygotowania informacyjno-informatycznego poszczególnych podmiotów do dostarczenia wiarygodnej sprawozdawczości (w tym: jakość stosowanych systemów informatycznych oraz rozwiązań stosowanych w zakresie rachunkowości zarządczej).

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

**Skutki**

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							



Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.	
<b>8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:		
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>		
Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na rynek pracy.		
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Wprowadzenie rozwiązań może mieć wpływ na poprawę efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.	
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>		
Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie w marcu 2015 r.		
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>		
Ewaluacja efektów projektu nie jest przewidziana ze względu na techniczny charakter rozporządzenia.		
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>		
Brak.		