

Efektywnie wspieramy Twoją działalność medyczną.



## W numerze

Artykuł numeru

**Analiza sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych**

Akademia FORMEDIS

Zasady wyceny procedur medycznych – część I – teoretyczna

Wiadomości branżowe

- + Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ – użyteczne narzędzie czy zło konieczne?
- + Zmiany w prawie ochrony zdrowia 2021

Newsletter 03/2021

---

## Słowo redaktora naczelnego

Szanowni Państwo,

Oddajemy do Waszych rąk trzeci numer periodyku zatytułowanego „Newsletter Formedis”. Pojawia się on w okresie zapowiadanych przez rząd RP istotnych zmian społeczno-gospodarczych, zwanych „Polskim Ładem”, obejmujących m.in. funkcjonowanie publicznej służby zdrowia.

W odniesieniu do postanowień dotyczących ochrony zdrowia, w planie tym zawarto m.in. obietnicę podniesienia nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 7 proc. PKB, drugi etap reformy tzw. sieci szpitali, wyższe wynagrodzenia dla kadr medycznych, rozwój nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, szybką ścieżkę wejścia do zawodu dla pielęgniarek, które mają kwalifikacje, a nie pracują w zawodzie oraz pakiet pomysłów mających na celu m.in. utworzenie Agencji Restrukturyzacji Szpitali (ARS), przeprowadzenie przez ARS corocznej oceny sytuacji finansowej i operacyjnej szpitali oraz dokonanie na jej podstawie podziału szpitali na cztery kategorie, nadzór ARS nad restrukturyzacją szpitali oraz czasowe przejęcie przez ARS zarządzania najgorszymi szpitalami na wzór zarządu komisarycznego.

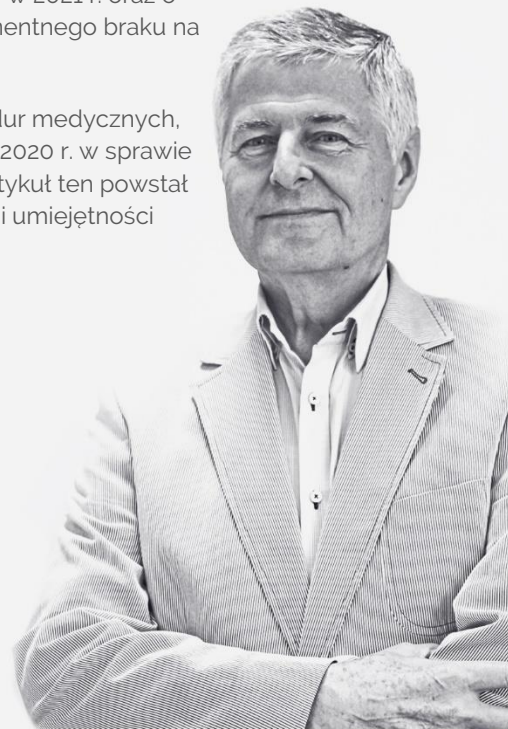
O części powyższych inicjatyw pisaliśmy już w poprzednim wydaniu naszego Newsletter'a; dzisiaj kontynuujemy ich przegląd. Piszemy o zmianach w prawie ochrony zdrowia czekających nas w 2021 roku, o raportowaniu sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ-ów w 2021 r. oraz o trudnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w kontekście ich permanentnego braku na rynku i jednoczesnego niedoceniań finansowego ich pracy.

Prezentujemy również zarys organizacji wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych, wynikającej wprost z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Artykuł ten powstał we współpracy z „Akademią Formedis”, która ma na celu poszerzanie wiedzy i umiejętności menedżerów z zakresu zarządzania w obszarze ochrony zdrowia.

Zapraszam do lektury



Krzysztof Czerkas



---

## O wydawcy

FORMEDIS Sp. z o. o. Sp. k.

Poznański Park Technologiczny –  
Przemysłowy  
ul. 28 czerwca 1956 roku nr 406  
61-441, Poznań

tel. +48 61 673 53 59,  
mobile: +48 609 329 997

**Redaktor naczelny**  
Krzysztof Czerkas  
[biuro@formedis.pl](mailto:biuro@formedis.pl)

**Partnerzy wydania**  
Akademia FORMEDIS

**Opracowanie graficzne**  
RTY Agency

---

## O Formedis

Kierując się wizją efektywniejszej ochrony zdrowia w Polsce, powstał zespół ekspertów FORMEDIS, którego celem jest udoskonalanie systemu ochrony zdrowia i podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.

Opierając się na wiedzy i ponad 25-letnim doświadczeniu na rynku usług medycznych zajmujemy się kompleksową obsługą podmiotów medycznych



## Analiza sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

**W poniedziałek, 7 czerwca 2021 r., odbył się w Warszawie dwugodzinny strajk ostrzegawczy pielęgniarek i położnych. Powodem akcji strajkowej była ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Należy wspomnieć, że od miesięcy trwały rozmowy rządu z przedstawicielami zawodów medycznych dotyczące nowego przelicznika płacy minimalnej. Mimo rozbieżności między stroną rządową a związkowcami powstała ustawa, którą głosami koalicji rządowej przegłosowano w Sejmie 28 maja br. (ustawa została podpisana przez Prezydenta RP w dniu 17 czerwca br.).**

Takiej akcji protestacyjnej nie było w ochronie zdrowia od lat – brało w niej udział około 40 szpitali, tj. ok. 5 – 7 proc. łącznej liczby szpitali. W lecznicach, w których nie można było przeprowadzić strajku, np. z powodu toczących się w nich sporów zbiorowych, zostały przeprowadzone akcje solidarnościowe oraz manifestacje przed szpitalami. Zdaniem protestujących, przegłosowana ustawa "nie gwarantuje stabilnych zasad wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, pomimo licznych sygnałów od członków tej organizacji związkowej dotyczących rażącego pogorszenia warunków pracy i płacy, trwającego od wielu miesięcy stresu, przemęczenia i wypalenia zawodowego".

### W Polsce mamy dzisiaj nieco ponad 300 tys. pielęgniarek.

. To dramatycznie mało. Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) na 1 000 mieszkańców przypada zaledwie 5,2 pielęgniarki. Średnia unijna to 9,4. Problemem jest nie tylko niedobór kadr, ale także luka pokoleniowa – średnia wieku pielęgniarek w Polsce wynosi 53 lata, a położnych 50 lat. Co więcej, od momentu wybuchu pandemii COVID-19 liczba pielęgniarek spadła o 10 proc., bo część odeszła na emeryturę, a część zmarła po zakażeniu koronawirusem.

Pod koniec maja br. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych przedstawia raport dotyczący aktualnej sytuacji kadrowej w zawodach pielęgniarki i położnej w Polsce. Raport wskazuje strukturę wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych z podziałem na województwa. Zawiera on także prognozy dotyczące liczby pielęgniarek i położnych do 2030 r. w ujęciu krajowym z podziałem na województwa.

Raport przygotowano w oparciu o dane z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych według stanu na 24 maja 2021 r. Wnioski z lektury tego raportu są zatrważające.

Rozkład struktury wieku w zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje na brak zastępowalności pokoleń. Największy liczbowo przedział wiekowy wśród pielęgniarek to 51 – 60 lat, który obejmuje 83 129 pielęgniarek, co stanowi 35,8 proc. liczby zatrudnionych. Mimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 63 120 pielęgniarek (przedziały 61–70 i przedział pow. 70 lat). Stanowi to 27,2 proc. ogółu zatrudnionych. W przypadku położnych największy liczbowo przedział wiekowy to również przedział 51 – 60 lat, który obejmuje 10 094 zatrudnionych położnych. Stanowi to 35,8 proc. zatrudnionych położnych. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 23,5 proc. i jest ich 6 683.

### Statystyczna pielęgniarka lub położna żyje krócej niż statystyczna Polka.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest niska średnia wieku zgonu pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, po analizie danych otrzymanych z Rejestru PESEL za okres ostatnich pięciu lat, wyliczyła, iż średnia ich wieku w chwili zgonu to tylko 61,5 roku. Są to dane znacznie niższe niż dla całej populacji. Przypomnijmy, że średnia wieku kobiet w Polsce to 81,8 lat. W omawianym raporcie przygotowano prognozę liczby pielęgniarek i położnych do 2030 roku w oparciu o liczbę osób, które nabeżdą uprawnienia emerytalne w latach 2021–2030 oraz na podstawie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu. Dla potrzeb tego raportu założono, iż liczba osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu będzie wynosiła tyle samo, co w 2020 r., czyli 5 693 osoby. Założono także, iż 100 proc. osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu podejmie pracę w zawodzie. Ponieważ populacja mężczyzn w obu zawodach stanowi ok. 2 proc. dla potrzeb tej analizy przyjęto założenie, iż nabywają uprawnienia emerytalne w wieku 60 lat. Mimo tak optymistycznego założenia, prognoza wskazuje, iż do 2025 r. liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych zmniejszy się o 16 761, a do 2030 r. o 36 293.

Należy również pamiętać, iż w chwili obecnej pracę w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonuje 69 585 osób, mimo uzyskania uprawnień emerytalnych. Te pielęgniarki i położne mogą w każdej chwili przejść na emeryturę.

Wnioski z przedstawionej w raporcie sytuacji kadrowej wymagają podjęcia pilnych działań. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych rekomenduje m.in.:

- 1) Zwiększenie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:
  - a) Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 na 1 tys. mieszkańców konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów z ok. 5,6 tys. do 10 tys. rocznie.
  - b) Na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo należy kształcić 20 tys. osób rocznie, aby zrealizować założenia wskazane w Polityce Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce przyjętej

przez Rząd RP. Dokument ten wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do osiągnięcia w Rzeczypospolitej Polskiej wskaźnika liczby pielęgniarek na poziomie średniego wskaźnika OECD (9,4 dla 2016 r.) w okresie 15 lat.

- 2) Pilnie podjęcie działań, które zachęcą osoby posiadające uprawnienia emerytalne do dalszego wykonywania zawodu.
- 3) Podjęcie działań, które zapobiegną zmniejszeniu liczby pracujących pielęgniarek i położnych

Krzysztof Czerkas  
Partner Formedis



Akademia FORMEDIS

## Zasady wyceny procedur medycznych

### – część I – teoretyczna

**„Brak jednolitych zasad prowadzenia rachunku kosztów przez świadczeniodawców 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” – tak, w ocenie skutków regulacji, Ministerstwo Zdrowia uzasadniało konieczność wprowadzenia jednolitego standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych.**

W konsekwencji, dnia 19 listopada 2020 r. w Dzienniku Ustaw Dz.U. 2020 poz. 2045 opublikowane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (zwane dalej „Rozporządzeniem”). Rozporządzenie jest aktem wykonawczym do Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 2045 wraz z późn. zm.), zwaną dalej „Ustawą”, która zgodnie z zapisami art. 31lc ust. 6. zobowiązuje wszystkie podmioty lecznicze (z wyłączeniem tych wskazanych w art. 31lc ust. 8. Ustawy - między innymi udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłączenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) do wdrożenia - z dniem wejścia w życie Rozporządzenia, tj. z dniem 1 stycznia 2021 r. - nowego standardu rachunku kosztów.

Jednym z najważniejszych, a równocześnie najbardziej pracochłonnym, elementem wdrożenia nowego standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych jest prawidłowa wycena procedur medycznych. Stanowi ona podstawową informację kosztową dotyczącą rentowności, nie tylko pojedynczych świadczeń

realizowanych przez proceduralne ośrodki powstawania kosztów (OPK proceduralne), ale również rentowności zadaniowych ośrodków powstawania kosztów (OPK zadaniowe), na rzecz których OPK proceduralne realizują procedury medyczne.

Art. 1 § 4 Rozporządzenia określa trzy etapy kalkulacji kosztu wytworzenia OPK: etap I – ewidencja kosztów bezpośrednich OPK, etap II – alokacja kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności pomocniczej na rzecz innych OPK, etap III - alokacja pozostałych kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności podstawowej, w tym kosztów OPK proceduralnych na rzecz OPK, dla których realizowały usługi. Kalkulacja pozostałych kosztów pośrednich, o których mowa w etapie III, wymaga dokonania wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych realizowanych przez OPK proceduralne.

Na koszty wytworzenia procedury medycznej składa się suma kosztów bezpośrednich procedury medycznej i kosztów pośrednich procedury medycznej (grafika nr 1).

Grafika 1 – Struktura kosztów wytworzenia procedury medycznej



Koszt bezpośredni procedury medycznej stanowi łączny koszt zasobów materiałowych i osobowych, zużywanych podczas wykonywania procedury medycznej (grafika nr 2), zgodnie z przyjętym przez podmiot leczniczy sposobem wyceny procedur medycznych, o czym będzie szczegółowa mowa w dalszej części artykułu.

Grafika 2 – Składowe koszty bezpośrednie procedury medycznej



Koszt pośredni procedury medycznej stanowią pozostałe koszty OPK proceduralnego, niebędące kosztem bezpośrednim procedury medycznej, w tym przede wszystkim koszty infrastruktury budowlanej i sprzętowej OPK proceduralnego, przypadające na jedną procedurę medyczną (grafika nr 3).

Grafika 3 – Składowe koszty pośrednich procedury medycznej



gdzie  $n$  = liczba procedur zrealizowanych w ramach OPK proceduralnego

Przed przystąpieniem do wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych podmiot leczniczy jest zobowiązany do prawidłowego wyodrębnienia funkcjonujących w jego strukturze organizacyjnej OPK proceduralnych.

Następnie – zgodnie z zapisami ust. 5 § 7 Rozporządzenia – podmiot leczniczy dla każdego wyodrębnionego OPK proceduralnego sporządza wykaz procedur w nim wykonywanych, przy wykorzystaniu aktualnego Słownika Procedur Medycznych (ICD-9 PL). W przypadku, jeśli w ramach jakiegokolwiek OPK proceduralnego, wykonywane są procedury, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9 PL, ustawodawca dopuszcza użycie przez kodu własnego. Kod własny może być również użyty, jeżeli zdaniem podmiotu leczniczego doprecyzowuje informację o wykonywanej procedurze. W przypadku wykazania kodów własnych podmiot leczniczy – w ramach udostępniania danych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - przekazuje słownik kodów własnych z przyporządkowaniem kodu ze słownika ICD-9 PL.

Po sporządzeniu wykazu wykonywanych procedur medycznych, dla każdej procedury umieszczonej w wykazie OPK proceduralnego podmiot leczniczy sporządza ilościowe zestawienie zasobów materiałowych zużywanych podczas jej wykonywania oraz zestawienie personelu medycznego zaangażowanego w wykonanie procedury medycznej wraz z kosztami osobowymi tego personelu, zgodnie z przyjętym przez podmiot leczniczy sposobem wyceny procedur medycznych, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego artykułu.

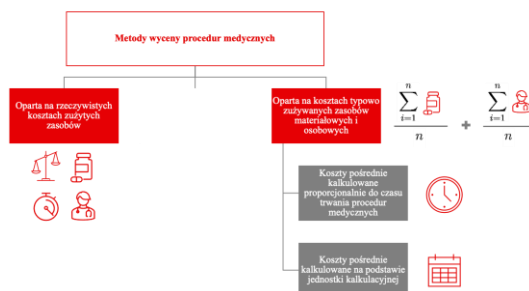
W kolejnym kroku dla wszystkich procedur medycznych realizowanych w poszczególnych OPK proceduralnych

podmiot leczniczy sporządza i prowadzi ilościową ewidencję ich wykonania.

Po wykonaniu powyższych prac podmiot leczniczy może przystąpić do wyceny procedur medycznych, a ściślej – według nomenklatury przyjętej w Rozporządzeniu - do „wyceny kosztów wytworzenia procedury medycznej”.

Rozporządzenie - w Załączniku nr 9 - przedstawia trzy metody wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych – (1) według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów, (2) na podstawie kosztów typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych, (2) na podstawie kosztów typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich na podstawie jednostki kalkulacyjnej (grafika nr 4) - dając podmiotom leczniczym, w oparciu o posiadane zasoby informatyczne, możliwość wyboru jednej z trzech powyższych metod.

Grafika 4 – Metody wyceny procedur medycznych



W metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów wartość zasobów zużywanych bezpośrednio do wykonania procedury medycznej ustala się na bazie zewidencjonowanego zużycia, czyli wartość kosztów materiałowych zużytych do realizacji procedury ustala się w oparciu o rzeczywiste ich zużycie i bieżące ceny materiałów, a koszty osobowe w oparciu o rzeczywisty czas pracy personelu medycznego należącego do poszczególnych grup zawodowych personelu, wykonujących daną procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń obliczonych zgodnie z poniższymi zasadami (grafika nr 5).

Grafika 5 – Sposób wyceny kosztów bezpośrednich procedur medycznych w metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów



Koszty osobowe poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego wykonującego daną procedurę (lekarze, pielęgniarki, technicy oraz pozostały personel medyczny) są kalkulowane odrębnie dla każdego OPK proceduralnego i obejmują koszty wynagrodzeń niezależnie od form zatrudnienia. W przypadku umów o

pracę, są to koszty wynagrodzeń (z wyłączeniem kosztów nagród jubileuszowych oraz odpraw emerytalnych lub rentowych) wraz pochodnymi - składki ZUS emerytalne, rentowe, wypadkowe, Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Emerytur Pomostowych, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Pracowniczy Plan Kapitałowy. W przypadku pozostałych form zatrudnienia, są to ponoszone przez świadczeniodawcę koszty podwykonawstwa medycznego lub umów cywilnoprawnych (kontraktów lub umów: zlecenie, o dzieło, innych). Koszty wynagrodzeń przypadające na jedną godzinę pracy oblicza się na podstawie całościowego zatrudnienia pracownika w podmiocie w przyjętym okresie, np. jednego roku (grafika nr 6). Liczba etatów przeliczeniowych personelu zatrudnionego w poszczególnych OPK proceduralnych, dokonywana jest przy założeniu, że jeden etat obejmuje przeciętnie 160 godzin pracy miesięcznie.

Grafika 6 - Wzór na obliczenie stawki godzinowej wynagrodzenia w danej grupie zawodowej



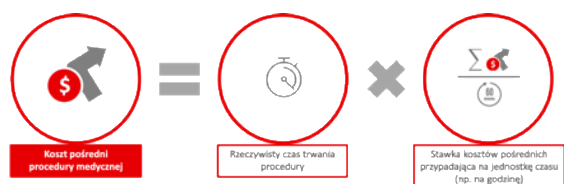
Wartość kosztów pośrednich procedur medycznych zrealizowanych w OPK proceduralnym oblicza się w tej metodzie jako różnicę między całkowitym kosztem tego OPK proceduralnego a całkowitymi kosztami bezpośrednimi procedur medycznych wykonanych w tym OPK (grafika nr 7).

Grafika 7 - Wzór na obliczenie wartości kosztów pośrednich procedur medycznych w metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów



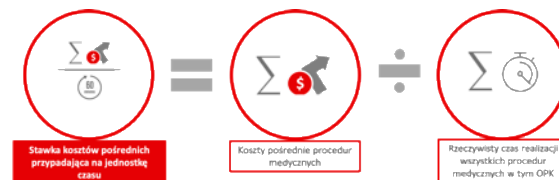
Koszty pośrednie przypisuje się do procedury medycznej na podstawie rzeczywistego czasu wykonywania tej procedury medycznej i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu (grafika nr 8).

Grafika 8 - Wzór na obliczenie kosztów pośrednich pojedynczej procedury medycznej, w metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów



Stawkę kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym ustala się w okresie rozliczeniowym, dzieląc koszty pośrednie OPK proceduralnego przez całkowity, rzeczywisty czas realizacji wszystkich procedur medycznych w tym OPK (grafika nr 9).

Grafika 9 - Wzór na obliczenie stawki kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym, w metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów



W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów jednostkowe koszty normatywne procedury medycznej są ustalane na podstawie jej typowego wykonania, w oparciu o typowo stosowane materiały, przeciętne ilościowe ich zużycie i bieżące ceny materiałów, oraz koszty osobowe ustalone na podstawie przeciętnego nakładu czasu pracy osób wykonujących procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń (grafika nr 10) obliczonych zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej.

Grafika 10 - Sposób wyceny kosztów normatywnych procedur medycznych w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów



Tak jak już wcześniej wspomniano w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów koszty pośrednie procedur medycznych mogą być kalkulowane na dwa sposoby:

- 1) proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych,
- 2) w oparciu o jednostkę kalkulacyjną.

W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych - wartość kosztów pośrednich procedur medycznych oblicza się jako różnicę między całkowitym kosztem OPK proceduralnego a całkowitymi kosztami normatywnymi procedur medycznych (suma iloczynów: liczby wykonanych procedur medycznych i ich jednostkowych kosztów normatywnych) wykonanych w tym OPK (grafika nr 11).

Grafika 11 – Wzór na obliczanie wartości kosztów pośrednich procedur medycznych, w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych



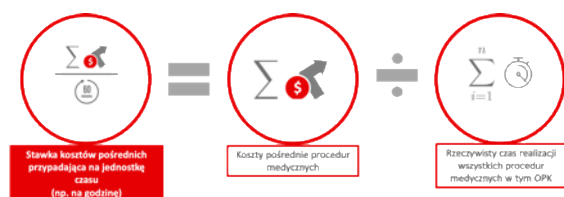
Koszty pośrednie przypisuje się do procedury medycznej na podstawie typowego czasu wykonywania tej procedury medycznej i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu (grafika nr 12).

Grafika 12 – Wzór na obliczanie kosztów pośrednich pojedynczej procedury medycznej, w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych



Stawkę kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym ustala się cyklicznie, dzieląc koszty pośrednie OPK proceduralnego przez całkowity, typowy czas realizacji wszystkich procedur medycznych, w tym OPK (grafika nr 13).

Grafika 13 – Wzór na obliczanie stawki kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym, w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych



W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - w oparciu o jednostkę kalkulacyjną koszt pośredni procedury medycznej wycenionej według tej metody stanowi różnicę między kosztem wytworzenia a kosztem normalatywnym danej procedury medycznej (grafika nr 14).

Grafika 14 – Wzór na obliczanie kosztów pośrednich pojedynczej procedury medycznej, w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - w oparciu o jednostkę kalkulacyjną



Do wyliczenia kosztów wytworzenia procedury medycznej stosuje się narzut jednostki kalkulacyjnej na jednostkowy koszt normalatywny danej procedury medycznej, który jest iloczynem kosztu wytworzenia jednostki kalkulacyjnej i jednostkowego kosztu normalatywnego procedury medycznej (grafika nr 15).

Grafika 15 – Wzór na obliczanie kosztu wytworzenia procedury medycznej, w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - w oparciu o jednostkę kalkulacyjną



Koszt wytworzenia jednostki kalkulacyjnej dla OPK proceduralnego wylicza się przez podzielenie całkowitych kosztów OPK poniesionych w okresie sprawozdawczym przez sumę kosztów normalatywnych poniesionych w tym OPK w tym okresie (grafika nr 16).

Grafika 16 – Wzór na obliczanie kosztu wytworzenia jednostki kalkulacyjnej dla OPK proceduralnego



Należy pamiętać, że zastosowanie metody opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów wymaga co najmniej corocznej aktualizacji wyceny procedur medycznych lub każdorazowo, gdy zmieniła się technologia wykonywania danej procedury medycznej.

Organizacja procesu wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych powinna być poprzedzona: (1) powołaniem w ramach podmiotu leczniczego zespołu ds. wyceny procedur medycznych, w skład, którego wejdą zarówno pracownicy medyczni (w tym pracownicy medyczni reprezentujący poszczególne OPK proceduralne wyodrębnione w podmiocie leczniczym), jak i pracownicy niemedyczni; (2) opracowaniem harmonogramu prac związanym z wyceną procedur medycznych w podmiocie leczniczym.

Piotr Magdziarz

Partner Zarządzający FORMEDIS



## Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ – użyteczne narzędzie czy złoto konieczne?

**Aż do 22 marca 2021 r. Ministerstwo Finansów trzymało jednostki w niepewności co do wydłużenia terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2020. I kiedy wydawało się już, że tym razem takiej prolongaty nie będzie, pojawił się komunikat Ministerstwa.**

Mając na względzie uwagę trudną i dynamiczną sytuację związaną z COVID-19 i wychodząc naprzeciw postulatowi przedsiębiorców i księgowych, przedłużeniu uległy terminy na sporządzenie sprawozdań finansowych odpowiednio dla jednostek sektora prywatnego oraz organizacji non-profit - o 3 miesiące, zaś dla jednostek sektora finansów publicznych - o 1 miesiąc.

O ile, jak się wydaje, korekta terminu mogła zostać obwieszona zbyt późno by realnie oddziaływać na faktyczny termin sporządzenia rocznego sprawozdania finansowe SPZOZ, które po prostu zostały już w większości sporządzone przez odpowiedzialne główne księgowo, o tyle konsekwencją jest również odpowiednie przesunięcie terminu na sporządzenie raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ - z 31 maja na 30 czerwca 2021 r. Aktualne brzmienie art. 53a ustawy o działalności leczniczej zakłada bowiem, że raport sporządzany jest w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

**Jakie są zasady i niezbędne elementy sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ? Jak uczynić z niego użyteczne narzędzie zarządcze zamiast traktować jak złoto konieczne?**

Raport jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności:

- + analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy,
- + prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń,
- + informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

przy czym analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych. A konkretnie na podstawie czterech grup wskaźników, którym przypisano różne

wagi. Dla każdego wskaźnika opracowano wzorcowe i pożądane zakresy wartości, którym z kolei przyporządkowano punkty. Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 70, z czego:

- + do 15 punktów można uzyskać w kategorii wskaźniki zyskowności,
- + do 25 punktów (najwięcej) można uzyskać w kategorii wskaźniki płynności,
- + do 10 punktów (najmniej) można uzyskać w kategorii wskaźniki efektywności,
- + do 20 punktów można uzyskać w kategorii wskaźniki zadłużenia.

**Czy to dobrze że ustawodawca największą wagę przykłada do płynności?** Moim zdaniem tak. Oczywiście w granicach rozsądku, ale w moim prywatnym rankingu płynność ma priorytet przed wynikiem finansowym, cash-flow przed rachunkiem zysków i strat.

**Czy to dobrze że ustawodawca najmniejszą wagę przykłada do efektywności, mierzonej wskaźnikami rotacji zobowiązań i należności?** Raczej tak. Wskaźnikiem, któremu przypisano najmniejszą wagę ze wszystkich – zaledwie do 3 punktów – jest wskaźnik rotacji należności. Zapewne jest to związane z założeniem, że należności to głównie należności od Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawsze płaci w terminie (często nawet przed terminem). Jeśli nasz podmiot leczniczy realizuje dużą komercję lub współpracuje z innymi niż NFZ podmiotami na większą skalę, powinien znaleźć swój sposób na monitoring stanu windykacji tych należności.

**Czy można było dokonać lepszego doboru wskaźników?** Zawsze można coś zrobić lepiej, wydaje się jednak, że zaproponowany zestaw jest dosyć uniwersalny. Dla własnych potrzeb można go uzupełnić o kilka wskaźników, na których monitorowaniu ze względu na specyfikę i potrzeby podmiotu leczniczego nam zależy, a także o często stosowane w analizie wskaźnikowej, a tu pominięte wskaźniki: rentowności kapitału własnego w ramach grupy wskaźników zyskowności i rotacji zapasów w ramach grupy wskaźników efektywności.

Obowiązek sporządzenia raportu powstał pierwszy raz za rok obrotowy 2016. Myliłby się jednak ktoś, kto sądzi, że właśnie wtedy został stworzony projekt rozporządzenia regulującego zasady jego sporządzenia i dokonywania oceny. Zestaw wskaźników to materiał wyciągnięty po latach z jednej z szuflad Ministerstwa Zdrowia, gdzie spędził prawie 10 lat. Pierwotnie powstał w 2007 roku



jako element pakietu aktów prawnych podczas pierwszych prac zmierzających do utworzenia w Polsce sieci szpitali (nie zwieńczonych wówczas jej wdrożeniem). Nadzorując przez lata samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których m.st. Warszawa jest podmiotem tworzącym – a w szczytowym okresie (przed przeprowadzeniem procesów konsolidacji lub przekształceń) było ich aż 32, postugiwałam się właśnie założeniami tamtego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali, przygotowując roczne sprawozdania finansowe do ich zatwierdzenia przez Prezydenta m.st. Warszawy.

Wynik danego SPZOZ określony w liczbie punktów na 70 możliwych nie zawsze jest źródłem oształniającej informacji zarządczej, ale gdyby tak ten wynik porównać z innymi, z konkurencją? Wskaźniki są skierowane do

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale nie ma przeszkód aby stosowały je podmioty lecznicze, które działają w innej formie organizacyjno-prawnej. Podstawowym założeniem wprowadzenia jednolitych wskaźników dla wszystkich jest zapewnienie przejrzystości i porównywalności wyników. Suma otrzymanych punktów pozwoli określić miejsce podmiotu leczniczego w stosunku do innych, dla których wskaźniki zostaną policzone. Teraz każdy menedżer ochrony zdrowia ma możliwość pokusić się o takie porównania. Sprawić to obowiązek udostępniania w Biuletynie Informacji Publicznej raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Agnieszka Rusiecka

Partner Formedis

## Zmiany w prawie ochrony zdrowia 2021

**Osoby zarządzające placówkami medycznymi powinny na bieżąco śledzić zmiany w prawie istotne dla działania kierowanych przez nich podmiotów. Wychodząc naprzeciw tym obowiązkom, w poniższym zestawieniu przedstawiamy aktualne zmiany w przepisach i plany dotyczące branży ochrony zdrowia w 2021 r.**

### Plan na zdrowie w programie „Polski Ład”

15 maja 2021 r. przedstawiono Polski Ład, czyli kompleksową strategię rządu dot. przezwyciężenia skutków pandemii oraz gospodarczej odbudowy zakładający:

#### **7 proc. PKB na zdrowie**

Celem jest osiągnięcie średniej wydatków na zdrowie w relacji do PKB w ciągu 6 lat. Nowe środki będą przeznaczone na inwestycje, cyfryzację, nowe kadry i nowoczesne terapie.

#### **Wyższe wynagrodzenia kadr medycznych**

Minimalne wynagrodzenie pracowników medycznych zostanie podwyższone. Przy wzroście nakładów na zdrowie kluczowe będzie także odpowiednie optacanie specjalistów.

#### **Kadry medyczne**

Rząd wprowadzi szybką ścieżkę wejścia do zawodu dla pielęgniarek, które mają kwalifikacje, a nie pracują w zawodzie. Plan zakłada udostępnienie kredytów na start dla medyków po egzaminie specjalizacyjnym lub powrocie z zagranicy a także wprowadzenie kredytów na studia niestacjonarne oraz stypendia na studia medyczne i specjalizacje. Planowane jest także sukcesywne

zwiększanie liczby lekarzy specjalistów oraz zwiększanie wynagrodzeń młodych lekarzy.

#### **Fundusz Modernizacji Szpitali i Fundusz Medyczny**

Program zakłada modernizację i unowocześnienie infrastruktury poprzez przekazywanie samorządom jednostek samorządu terytorialnego środków na realizację inwestycji w podległych placówkach opieki zdrowotnej. Taki mechanizm pozwoli na sprawne przeprowadzanie remontów i dostosowywanie infrastruktury w przychodniach lekarzy rodzinnych i poradniach specjalistycznych.

Fundusz Medyczny ma wspomóc finansowanie onkologii drogich terapii i realizacji badań nad nowymi terapiami.

#### **Agencja Rozwoju Szpitali**

Program zakłada powstanie Agencji Rozwoju Szpitali odpowiedzialnej za opracowanie programów optymalizacyjnych, monitorowanie wdrażanych programów oraz modernizację i restrukturyzację Szpitali, a także analizę ich efektów.

#### **Drugi etap reformy sieci szpitali**

Głównym elementem reformy sieci szpitali będzie wprowadzenie obowiązkowego monitorowania jakości klinicznej obsługi pacjenta i efektywności zarządzania. Zmienione będą kryteria przypisania do sieci szpitali, Analiza porównawcza będzie obowiązkowa, a na jej podstawie wyłonieni zostaną liderzy szpitalnictwa.

#### **Ustawa o jakości**

Planuje się wprowadzenie nowej ustawy o jakości, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i

monitorowania jakości. Ponadto pozwoli zbudować m.in. krajowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych.

### **„Profilaktyka 40+”**

Program pilotażowy zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego od 40. roku życia. Okres realizacji programu pilotażowego będzie trwał od dnia 1 lipca do dnia 31 grudnia 2021 r. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród podmiotów, które zawarły umowę o realizację programu pilotażowego.

### **Krajowa Sieć Onkologiczna**

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej rozpoczęty w lutym 2019 r. przyniósł bardzo obiecujące efekty, dlatego planowane jest jej dalsze rozbudowywanie. Zgodnie z zapowiedziami, ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej ma wejść w życie 1 stycznia 2022 r.

### **Krajowa Sieć Kardiologiczna**

Pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej ma być jednym z elementów planu odbudowy zdrowia Polaków. Program pilotażowy wystartuje pod koniec kwietnia lub na początku maja, obejmując na początek województwo mazowieckie. Celem jest budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego.

### **Rozwój nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia**

Rząd zamierza stworzyć Centrum Obsługi Pacjenta – pacjent.gov.pl, który będzie stanowił kompleksowe narzędzie obsługi oraz polepszy komunikację z pacjentem, co przełoży się również na poprawę jakości i dostępu świadczeń. Ponadto System Informacji Medycznej (SIM) będzie umożliwiał przekazywanie lekarzowi – za zgodą pacjenta – informacji o związanych z pacjentem zdarzeniach medycznych, a także jego elektronicznej dokumentacji dotyczącej zdrowia. Kolejnym modułem będą zapisy na wizytę u lekarza przez telefon i Internet, co umożliwi łatwiejszą rejestrację do specjalistów, a także pozwoli na przesyłanie przypomnień SMS-owych o wizytach, ułatwiających życie milionom pacjentów.

### **Usprawniona nocna pomoc lekarska**

Szpitalne mają działać na zasadzie trzech etapów kontaktu z pacjentem w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Pierwszy poziom to wstępna diagnostyka i e-rejestracja pacjenta; drugi - sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych, trzeci - interwencja karetki ratownictwa medycznego i transport do szpitalnego oddziału ratunkowego.

### **Program badawczy nad COVID-19**

Program zakłada przekazanie wsparcia finansowego dla zespołów badawczych z najlepszych polskich uniwersytetów i szpitali dla prac nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa.

### **Zniesienie limitów u specjalistów**

Planuje się rozszerzenie opieki ambulatoryjnej i zniesienie limitów przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny dla wszystkich Polaków, także u pacjentów poniżej 18. roku życia.



### **Narodowy Program Zdrowia lata 2021-25**

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 zakłada następujące cele:

#### Cel strategiczny:

- zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, a także podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu oraz dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych, które wydają się konieczne, aby minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

#### Cele operacyjne programu obejmują 5 filarów:

- Profilaktyka otyłości i nadwagi.
- Profilaktyka uzależnień.
- Promocja zdrowia psychicznego
- Zdrowie środowiskowe i profilaktyka chorób zakaźnych
- Wyzwania demograficzne

### Nowelizacja ustawy o minimalnych wynagrodzeniach

1 lipca wejdzie w życie nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw. Ustawa zakłada, że od 1 lipca 2021 r., pracownicy medyczni oraz działalności podstawowej podmiotu leczniczego nie mogą mieć ustalonego wynagrodzenia zasadniczego na poziomie niższym niż wynikający z ustawy. Ustawowe minimum to iloczyn wskaźnika przypisanego do jednej z 11 grup, tzw. współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy oraz kwoty bazowej. Kwota bazowa jest równa wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim. Do regulacji dołączono współczynniki pracy dla poszczególnych grup zawodowych.

### Wymiana EDM i raportowanie zdarzeń medycznych

Od 1 lipca 2021 r. na usługodawców spadł obowiązek zapewnienia za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej możliwości wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

Usługodawcy od tego dnia będą mieli także obowiązek przekazywania danych zdarzenia medycznego.

Szymon Rajski  
Partner Formedis  
Paulina Drab  
Formedis