



STOWARZYSZENIE KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Warszawa, 27.06.2019.

Pan Mateusz Morawiecki

Prezes Rady Ministrów

oraz

Lekarze Rodzinni w Polsce

Szanowny Panie Premierze,

Szanowni Lekarze Rodzinni,

Chciałbym uprzejmie poinformować, że w dniu dzisiejszym (27.06.br) odbyła się konferencja zorganizowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Odnosiła się ona do projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (wersja z dnia 18 czerwca 2019 r).

Pozwalam sobie poinformować Pana Premiera i Lekarzy Rodzinnych w naszym kraju o istotnych problemach jakie, moim zdaniem, spowoduje wdrożenie niniejszego rozporządzenia.

Rozporządzenie, którego projekt był omawiany na konferencji miałoby wejść w życie z dniem 01.01.2020 r. Wydane będzie na podstawie ust 6. w art. 311c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z ustawy wynika, że świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów.

Obecnie podmioty działające w ramach POZ prowadzą księgowość w układzie rodzajowym, typowym dla innych podmiotów gospodarczych w Polsce. Do tej pory rachunek kosztów wg. zasad Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców spoczywał wyłącznie na podmiotach zainteresowanych współpracą z AOTMiT. Przekazywały one dane na potrzeby taryfikacji świadczeń. Od początku przyszłego roku obowiązek ten obejmie wszystkich świadczeniodawców realizujących umowę z NFZ, także działających w POZ. Te same koszty, księgowane dotychczas jedynie syntetycznie w prostym układzie rodzajowym, będą dzielone

szczegółowo na dwóch poziomach analitycznych oraz przyporządkowywane do tzw. układu podmiotowo-funkcjonalnego. Stosowany będzie rozbudowany system ewidencji i rozliczania kosztów, obejmujący wszystkie koszty ponoszone u świadczeniodawcy.

Po wejściu w życie nowego aktu prawnego w projektowanej formie, powstanie obowiązek: wyodrębniania ośrodków powstawania kosztów, o czym decydować ma kierownik podmiotu; ewidencji i alokacji wszystkich kosztów w układzie podmiotowo-funkcjonalnym (4 etapy tego procesu); prowadzenia kont ośrodków powstawania kosztów, z zachowaniem podziału na bezpośrednie i pośrednie; ustalania kosztu własnego sprzedaży, poprzez doliczanie do niego określonych wcześniej kosztów zarządu. Jeżeli wyodrębnione zostaną w podmiocie tzw. proceduralne ośrodki powstawania kosztów, konieczne będzie przygotowanie zestawień zużycia materiałów i sprzętu medycznego oraz zestawień nakładu czasu pracy osób wykonujących poszczególne procedury medyczne. Przykładem na przesadną szczegółowość rachunku kosztów są proponowane tabele zużycia materiałów i sprzętu medycznego oraz kosztów osobowych.

Poniżej przedstawiam 10 argumentów przemawiających, moim zdaniem, przeciwko wprowadzaniu szczegółowego rachunku kosztów w podmiotach opieki podstawowej. Proszę Pana Premiera o uwzględnianie ich w dalszych pracach legislacyjnych prowadzonych przez Rząd i poszczególnych ministrów. Argumenty te są znane lekarzom rodzinnym w naszym kraju i w większości podzielane.

1. Prowadzenie rachunku kosztów nie ma nic wspólnego z realizacją celów, do jakich powołane zostały podmioty POZ. Wdrożenie kolejnego, obciążającego obowiązku biurokratycznego może przyczynić się do sytuacji, w której przestrzeganie przepisów księgowych będzie dominować nad profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem pacjentów. Zagrożenie to występuje zwłaszcza w niewielkich przychodniach, które dominują w POZ. Dla pracowników opieki podstawowej świadczenie usług medycznych musi pozostać ważniejsze od raportowania kosztów.
2. Nie jest podany, ani zrozumiały, cel wprowadzenia rozporządzenia w POZ. Rachunek kosztów, w tak dużej szczegółowości jak ta zaproponowana w projekcie, może być podstawą szacowania i wyceny procedur medycznych finansowanych odrębnie (metoda opłacania za każde świadczenie/procedurę - *fee for service/procedure*). W POZ świadczeniodawca otrzymuje środki finansowe na całą opiekę nad pacjentem, a nie za poszczególne procedury (metoda kapitacyjna – *per capita*). Stąd wdrożenie szczegółowego rachunku kosztów jest nieuzasadnione merytorycznie. Dla zainteresowanych, śledzenie przychodów, kosztów i zysku jest możliwe na podstawie obecnie istniejącej sprawozdawczości finansowej.
3. Działające w POZ niewielkie podmioty nie dysponują komórkami administracyjnymi i księgowymi oraz dodatkowym personelem, mogącym podjąć się prowadzenia zaproponowanego, szczegółowego rachunku kosztów. Występująca u nich sytuacja jest odmienna niż w dużych podmiotach szpitalnych.
4. Rozbudowana ewidencja kosztów, obowiązująca nawet małe podmioty POZ, znacząco zwiększy środki wydatkowane na usługi księgowe. Będą one pochodziły z kwot otrzymywanych na opiekę medyczną nad pacjentami. Z uwagi na brak uzasadnienia dla prowadzenia rachunku kosztów w POZ można powiedzieć, że środki te zostaną po prostu zmarnowane.
5. Kolejnym zużywanym przez rachunek kosztów zasobem opieki podstawowej będzie czas kierownika podmiotu. Najczęściej jest nim osoba wykonująca zawód medyczny, pracująca jako lekarz lub pielęgniarka. Realizacja rozporządzenia stanie się dla nich dodatkowym zajęciem. W dużej mierze kosztem przyjęć pacjentów, osoby te będą zmuszone przeznaczyć czas na prowadzenie rachunku. W pierwszym okresie będą oni

także zapoznawać się z jego skomplikowanymi zasadami. Wdrożenie nowego obowiązku wpłynie więc niekorzystnie na możliwość sprawowania opieki nad pacjentami i ich rodzinami.

6. W niewielkich podmiotach opieki podstawowej nie odbywały się pilotaże sprawdzające wykonalność i koszty omawianego przedsięwzięcia. Nie sprawdzono możliwości przyjmowania informacji, która będzie przesyłana do AOTMiT przez dużą liczbę podmiotów POZ.
7. Wprowadzenie rozporządzenia, które w sposób nieuzasadniony zwiększa szczegółowość informacji rejestrowanej w systemie finansowo-księgowym i rozbudowuje go o dodatkowe, niepotrzebne poziomy analityczne spotka się z dużym niezadowoleniem świadczeniodawców POZ. Obowiązek informacyjny, w którym te same dane będą wielokrotnie powtarzane w różnych formach i odmianach, słusznie zostanie odebrany jako nieracjonalne rozwiązanie.
8. Podział kosztów osobowych na potrzeby informacji przekazywanych do AOTMiT w odniesieniu do POZ jest nieuzasadniony i trudny. Jak już wspomniano, lekarz lub pielęgniarka poza opieką medyczną realizują także inne zadania. Oddzielne kalkulowanie kosztów zarządzania, kształcenia (np. kierownik specjalizacji) lub realizacji badań naukowych będzie arbitralne i obarczone ryzykiem wypaczeń. Zalecane jest, aby wszystkie koszty osobowe były ewidencjonowane z uwzględnieniem 19 kategorii niepasujących do POZ. Bezsensowne jest obciążanie podmiotów POZ przypisywaniem, wyliczaniem i raportowaniem wg przyjętych rozdzielników, kosztów m. in. energii elektrycznej oraz wody i ścieków. Pierwsze z nich miałyby uwzględniać zainstalowaną moc maszyn i urządzeń lub moc źródeł światła, a drugie liczbę punktów poboru wody i odpływu ścieków. Podmioty POZ dysponują komputerem, aparatem EKG, czasami także spirometrem lub USG. Urządzenia te nie zużywają znaczących ilości energii.
9. Konieczne będzie organizowanie wsparcia dla POZ w zakresie prowadzenia rachunku kosztów, w tym metod gromadzenia, kwalifikowania kosztów oraz przetwarzania i raportowania informacji. Trudno wyobrazić sobie prowadzenie rachunku kosztów bez specjalnych opracowań w formie podręczników i wytycznych. Krótka instrukcja stanowiąca załącznik do projektu rozporządzenia niewiele wyjaśnia i jest mało pomocna. Powinny być przygotowane szkolenia, zarówno dla księgowych, jak i lekarzy oraz pielęgniarek prowadzących niewielkie podmioty lecznicze. Dla uczestników udział w nich będzie wiązał się z kolejnymi kosztami (np. dojazd i zastępstwo w praktyce). Będą one pokrywane ze środków na opiekę zdrowotną.
10. Rachunek kosztów wdrażany w formie zaproponowanej w projekcie będzie istotnym czynnikiem hamującym poprawę funkcjonowania POZ w Polsce, dławieniem jego aktywności, przyczyną powstawania frustracji. Jest to system zbyt skomplikowany i niezrozumiały. Będzie zniechęcał do podejmowania działalności w opiece podstawowej. Jest przykładem nadmiarowych przepisów prawa, tworzonych niezgodnie z zasadami dobrej legislacji. Doprowadzi do zwiększenia nieufności do polityków zdrowotnych i administracji publicznej, nie uwzględniających warunków działania w POZ.

W ocenie negatywnego wpływu wprowadzenia rozbudowanego rachunku kosztów w POZ należy brać pod uwagę podstawowe dane statystyczne dotyczące tego poziomu opieki. Świadczeń lekarza POZ w całym kraju udziela ponad 6700 podmiotów. Uwzględniając podmioty sprawujące działalność pielęgniarską i położniczą, wszystkich świadczeniodawców objętych rozporządzeniem może być blisko 10 000. Roczna stawka bazowa na opiekę lekarską w POZ wynosi 156,60 zł /pacjenta, a na opiekę pielęgniarską 40,80 zł/pacjenta. Obarczania tak

dużej liczby podmiotów, otrzymujących niewielkie środki na opiekę podstawową musi budzić uzasadnioną krytykę.

Podsumowując, chciałbym podkreślić, że dla podmiotów POZ prowadzenie rachunku kosztów jest nieuzasadnionym, biurokratycznym obciążeniem. Nie będzie wpływało na poprawę zarządzania finansami. Z przekazywanych zbiorów danych oraz ich analizy nie będą wynikały istotne wnioski, które nie są możliwe do postawienia w oparciu o istniejące sprawozdania finansowe.

Z uwagi na fakt, że rozporządzenie jest wykonaniem dyspozycji ustawowej, powinny zostać zmienione zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana powinna polegać na zniesieniu obowiązku prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach udzielających świadczeń w POZ.

Zwracam się do Pana Premiera z uprzejmą prośbą o zainicjowanie i monitowanie działań w tym zakresie.

Z kolei Lekarzy Rodzinnych proszę o zapoznanie się z projektem rozporządzenia (w ciągu kilku dni powinien być udostępniony dla publicznej wiadomości) oraz informowanie listowne oraz słowne Posłów Rzeczypospolitej o negatywnych konsekwencjach wprowadzania we wszystkich podmiotach POZ Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

Z poważaniem,



Dr hab. med. Tomasz Tomasik
Prezes KLRwP

Kopia:

Pan Łukasz Szumowski – Minister Zdrowia

Pan Marian Banaś – Minister Finansów

Pani Jadwiga Emilewicz – Minister Przedsiębiorczości i Technologii