



Warszawa, dnia 22 lipca 2025 r.

Znak sprawy: DFK.054.34.2025.EK.2
Kontakt:
e-mail: sekretariat.WT@aotm.gov.pl
tel.: 22 101 47 16

Pan Andrzej Sokołowski
Prezes Zarządu
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
Plac Kaszubski 1
81-350 Gdynia
biuro@osspl.pl

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do pisma z dnia 11 lipca 2025 r. dotyczącego udoskonalenia systemu przekazywania danych do AOTMiT, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie chciałbym podziękować za dotychczasowe zaangażowanie we wdrażanie i stosowanie Standardu Rachunku Kosztów. Doceniam Państwa starania w zakresie realizacji obowiązków wynikających z terminowego przekazywania danych do Agencji. Z uznaniem obserwujemy, że coraz więcej podmiotów leczniczych wdraża SRK oraz dokłada starań, aby dane przekazywane do Agencji były przygotowane rzetelnie i zgodnie z przyjętymi standardami.

Dziękując również za chęć podjęcia dialogu w przedmiotowym zakresie, pragnę odnieść się do poszczególnych Państwa postulatów.

1. Terminy i zakres sprawozdawczości dla Agencji

Proces występowania Prezesa AOTMiT z wnioskami o udostępnienie danych jest zdeterminowany przez realizację zadań ustawowych wskazanych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujących taryfikację świadczeń, wydawanie rekomendacji w sprawie zmiany sposobu albo poziomu finansowania świadczeń oraz realizację innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Rozumiem, że każdorazowe ogłoszenie terminu przez Prezesa Agencji może być odbierane jako brak stałego harmonogramu, jednak wynika to z konieczności dostosowania zbierania danych do potrzeb wynikających z prac taryfikacyjnych

i analitycznych – co z kolei służy całemu systemowi ochrony zdrowia. Niemniej jednak, Agencja stara się zapewniać wystarczająco długi czas na przygotowanie danych i służy wsparciem na każdym etapie realizacji tego zadania przez świadczeniodawców. Dane dotyczące wynagrodzeń są pozyskiwane od świadczeniodawców od 2022 roku, zawsze dwukrotnie w ciągu roku. Proces ten jest ugruntowany, przewidywalny i nie jest prowadzony incydentalnie – przeciwnie, Agencja od początku zachowuje pełną transparentność, a podmioty przekazujące dane są zaznajomione z jego cyklicznością i zakresem. Pragnę podkreślić, że dane dotyczące procedur medycznych są zbierane w oparciu o obowiązujący od niemal czterech lat Standard Rachunku Kosztów. Dla podmiotów, które wdrożyły SRK – zgodnie z wymaganiami rozporządzenia – przygotowanie tego typu danych nie powinno stanowić trudności, ponieważ są one elementem bieżącego raportowania i zarządzania kosztami wewnątrz jednostki.

Odnosząc się natomiast do obowiązku przygotowania kompleksowego sprawozdania z danych FK z terminem do 16 czerwca, mam świadomość, że proces przygotowania tych danych jest czasochłonny i może utrudnić dotrzymanie terminu wskazanego we Wniosku o Udostępnienie Danych. Warto jednak zaznaczyć, że potrzeba pozyskania tak szerokiego zestawu danych wynika z realizowanych przez Agencję działań analitycznych i taryfikacyjnych – które są kluczowe dla racjonalizacji wyceny świadczeń oraz optymalizacji finansowania opieki zdrowotnej. Jednocześnie chciałbym zaznaczyć, że przy tak dużych postępowaniach Agencja zawsze podchodzi ze zrozumieniem do skali nakładu pracy po stronie świadczeniodawców. W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość przedłużenia terminu, a decyzje te są podejmowane elastycznie i z poszanowaniem realiów organizacyjnych podmiotów. Zależy nam na partnerskiej współpracy i zapewnieniu możliwości rzetelnego przygotowania danych bez nadmiernego obciążania personelu.

2. Sprawozdawczość w tej samej formie dla dużych i małych podmiotów

Obowiązek sprawozdawczy wynikający z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, dotyczy wszystkich podmiotów – niezależnie od ich wielkości czy poziomu informatyzacji. Agencja jako instytucja realizująca zadania publiczne w zakresie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, musi opierać swoje analizy na danych porównywalnych, jednolicie opracowanych i zgodnych z obowiązującymi przepisami. To pozwala na zachowanie spójności metodologicznej i równego traktowania wszystkich świadczeniodawców w procesie wyceny. Warto też zauważyć, że sprawozdawczość SRK nie służy jedynie spełnieniu obowiązków wobec Agencji, ale jest również narzędziem, które pozwala podmiotowi lepiej zrozumieć strukturę i dynamikę swoich kosztów, a tym

samym świadomie zarządzać efektywnością finansową – nawet w mniejszej skali. Zdaję sobie sprawę, że dla mniejszych podmiotów realizacja tych obowiązków może być trudniejsza. Dlatego Agencja podejmuje liczne działania wspierające, takie jak:

- przygotowanie i udostępnianie szablonów oraz instrukcji,
- organizowanie szkoleń, warsztatów i konsultacji,
- udostępnienie aplikacji appSRK, która w założeniu ma umożliwiać każdemu podmiotowi – niezależnie od systemu FK – przygotowanie wymaganych danych zgodnie z SRK.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, że obecnie aplikacja appSRK jest intensywnie rozwijana o nowe funkcjonalności, które mają na celu jeszcze większe uproszczenie procesu raportowania danych, zwiększenie jego intuicyjności oraz wsparcie także tych podmiotów, które nie dysponują zaawansowanym zapleczem technologicznym. Nowe rozwiązania będą odpowiadać na zgłaszane potrzeby zarówno mniejszych, jak i większych świadczeniodawców.

3. Zasady funkcjonowania standardu rachunku kosztów

Należy podkreślić, że Standard Rachunku Kosztów, obowiązujący na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r., w sposób jednoznaczny zakłada przyporządkowanie kosztów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że podmioty lecznicze powinny stosować zasady alokacji kosztów w taki sposób, aby wyodrębnić część kosztów przypadających wyłącznie na działalność finansowaną przez NFZ. Oddzielenie kosztów świadczeń finansowanych ze środków publicznych od działalności komercyjnej ma fundamentalne znaczenie zarówno z perspektywy płatnika publicznego, jak i polityki zdrowotnej państwa. Płatnik musi posiadać rzetelną informację o kosztach rzeczywistego udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych – tylko wtedy możliwe jest prowadzenie wiarygodnej taryfikacji, planowanie budżetu oraz podejmowanie decyzji refundacyjnych i strategicznych opartych na danych. Zniekształcenie danych poprzez nieoddzielenie części komercyjnej, zwłaszcza w podmiotach, w których jest ona dominującą formą prowadzonej działalności, może prowadzić do błędnych wniosków o strukturze i wysokości kosztów, co w konsekwencji może mieć wpływ na nieadekwatność wyceny świadczeń zdrowotnych w całym systemie.

Rozumiem, że, w przypadku oddziałów leczenia jednego dnia, gdzie rotacja pacjentów jest bardzo dynamiczna, a na jednym łóżku mogą przebywać pacjenci, u których wykonywane są różnorodne procedury z wielu zakresów specjalistycznych w ciągu jednego dnia, wyodrębnienie kosztów bezpośrednich i wspólnych może stanowić wyzwanie organizacyjne i analityczne. Niemniej jednak istotą prowadzenia rachunku

kosztów w systemie ochrony zdrowia – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących SRK – jest właśnie umożliwienie przypisania kosztów do konkretnych procedur w sposób jak najbardziej adekwatny i transparentny. W takich przypadkach, analitycy Agencji, starają się przedstawiać możliwe do zastosowania rozwiązania, jak na przykład podział kosztów stałych proporcjonalnie do liczby pacjentów uzyskujących świadczenia z danej specjalizacji.

Dodatkowo Agencja, wychodząc naprzeciw potrzebom świadczeniodawców, planuje wznowienie projektu i cyklu szkoleń w ramach „Collegium AOTMiT – Standard Rachunku Kosztów, edycja 2” w trzecim kwartale bieżącego roku. Szkolenia te, prowadzone w formie online, będą miały na celu dalsze wsparcie podmiotów leczniczych w procesie wdrażania i stosowania standardu rachunku kosztów. W ramach tego projektu realizowane będą także stacjonarne warsztaty z wyceny procedur medycznych, umożliwiające uczestnikom zdobycie praktycznych umiejętności w tym obszarze.

4. Pracochłonność gromadzenia danych i ich raportowania

Mam świadomość, że proces przygotowania danych sprawozdawczych jest wymagający, czasochłonny i może napotkać na trudności o charakterze systemowym. Jednakże pracownicy AOTMiT oferują świadczeniodawcom wszechstronne wsparcie w przygotowaniu i przekazaniu danych. Dostępnych jest wiele form pomocy: od szczegółowych wytycznych dotyczących udostępniania danych finansowo-księgowych (FK), poprzez dedykowane szkolenia oraz wsparcie telefoniczne i mailowe, aż po materiały edukacyjne zamieszczone na stronie:

https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/instrukcja/materialy/83_dane-fk-za-2024-rok

Warto podkreślić, że materiały edukacyjne, w tym prezentacje wykorzystywane podczas szkoleń, są na bieżąco aktualizowane i, w formie dedykowanej dla danej edycji zbiórki, udostępniane publicznie na stronie dane-kosztowe. Dzięki temu każdy świadczeniodawca ma dostęp do najbardziej aktualnych i wiarygodnych informacji wspierających proces sprawozdawczy.

Należy także dodać, że zgodnie z art. 31lc ust. 4, dane są przekazywane przez świadczeniodawcę na podstawie wniosku o udostępnienie danych, wystosowanego przez Prezesa Agencji w ramach **konkretnego postępowania taryfikacyjnego**. Wówczas wnioski kierowane są do podmiotów uznanych za reprezentatywne dla danego obszaru taryfikowanych świadczeń. Taki dobór podmiotów zapewnia odpowiednią reprezentatywność w zakresie:

- kategorii placówek (szpitale wojewódzkie, powiatowe, kliniczne itp.),
- profilu pacjentów,
- zróżnicowania kosztów związanych z realizacją świadczeń.

Dzięki temu możliwe jest rzetelne oszacowanie taryf, które odzwierciedlają uśrednione koszty realizacji poszczególnych świadczeń. Warto również zaznaczyć, że reprezentatywność świadczeniodawców może różnić się w zależności od obszaru świadczeń, dlatego pozyskiwanie danych wyłącznie od stałej i niewielkiej grupy podmiotów może prowadzić do nierzetelnej wyceny kosztów. Aby zapewnić maksymalną dokładność taryfikacji, niezbędne jest uwzględnienie szerokiego spektrum świadczeniodawców i ponoszonych przez nich rzeczywistych kosztów realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Warto zaznaczyć, że od wejścia w życie standardu rachunku kosztów zauważalna jest duża poprawa jakości przekazywanych danych oraz odsetka podmiotów je przekazujących, co jest efektem nie tylko pracy wykonywanej po stronie analityków Agencji (szkolenia, indywidualna praca ze świadczeniodawcami) ale również wzrostu świadomości podmiotów leczniczych odnośnie wpływu przekazywanych przez nich danych na rzetelność i adekwatność publikowanych taryf i ciągłego dążenia do poprawy ich jakości i kompletności.

Odnosząc się do propozycji wyłonienia stałej grupy kilku szpitali, które przekazywałyby dane ze wsparciem technicznym Agencji i za stosownym wynagrodzeniem pragnę zaznaczyć, że nieduża liczba podmiotów może być niewystarczająca z punktu widzenia pokrycia uzyskanymi danymi kosztów wszystkich realizowanych w skali kraju świadczeń. Z kolei regulacje mówiące o odpłatności za przygotowanie i przekazanie Agencji danych zostały wprowadzone ustawą z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 poz. 1138), wraz z nałożeniem na Agencję zadania polegającego na taryfikacji świadczeń. Ustawą z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r., poz. 1200) wprowadzono zmianę przepisów prawa w zakresie przekazywania przez świadczeniodawców danych do Agencji na potrzeby taryfikacji świadczeń. Świadczeniodawcy zostali zobowiązani do przekazywania nieodpłatnie danych na potrzeby taryfikacji. Należy pamiętać, że powrót do tego typu regulacji wiązać się będzie ze zwiększeniem budżetu Agencji, czyli zwiększeniem wysokości odpisu z budżetu NFZ.

Należy wspomnieć, że obowiązek stosowania jednolitego Standardu Rachunku Kosztów przez wszystkie podmioty lecznicze – zarówno duże, jak i małe – niesie za sobą szereg istotnych korzyści, które bezpośrednio przekładają się na jakość i efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce. Choć niektóre mniejsze placówki mogą postrzegać to jako wyzwanie organizacyjne, SRK jest narzędziem służącym nie tylko do realizacji obowiązku

sprawozdawczego, ale przede wszystkim do budowy spójnego, przejrzystego i uczciwego systemu finansowania świadczeń. Jedną z kluczowych zalet utrzymania jednolitych zasad jest porównywalność danych finansowych. Tylko w sytuacji, gdy wszystkie podmioty stosują ten sam standard, możliwe jest rzetelne porównywanie kosztów realizacji procedur pomiędzy różnymi placówkami. Dzięki temu możliwa staje się identyfikacja tych jednostek, które działają szczególnie efektywnie, jak i tych, które wymagają wsparcia lub optymalizacji. SRK umożliwia zatem benchmarking i wdrażanie najlepszych praktyk na poziomie całego systemu.

5. Zbieżność danych raportowanych do AOTMiT, GUS, statystyki medycznej

Zgadzam się w pełni z tym, że rozbudowany obowiązek sprawozdawczy, polegający na przekazywaniu takich samych informacji do wielu instytucji, jednak w różnej, specyficznej dla danej instytucji formie, stanowi dla podmiotów leczniczych pewną uciążliwość. Niemniej jednak, dane przekazywane do GUS czy statystyki medycznej, choć częściowo zbieżne, różnią się nie tylko zakresem, ale też poziomem szczegółowości oraz przeznaczeniem analitycznym. Agencja pozyskuje informacje w sposób umożliwiający bezpośrednie połączenie ich z danymi finansowo-księgowymi, co jest kluczowe dla procesów taryfikacyjnych i oceny efektywności kosztowej świadczeń. Dane te muszą być powiązane z ośrodkami powstawania kosztów, procedurami oraz lokalizacją ich wykonania – a taki poziom integracji nie występuje w istniejących systemach publicznych. Pozyskiwanie danych bezpośrednio od świadczeniodawców umożliwia Agencji weryfikację ich spójności i kompletności, co ma kluczowe znaczenie przy analizach porównawczych oraz wyciąganiu trafnych wniosków taryfikacyjnych.

Rozwiązaniem tej sytuacji mogłoby być utworzenie jednego miejsca, do którego wszystkie podmioty sprawozdawałyby pełen zakres informacji a każda instytucja pobierałaby te, które są jej niezbędne. Wymagałoby to jednak przeprowadzenia szeroko zakrojonych zmian systemowych i poparcia ze strony wszystkich zainteresowanych.

6. Dane pochodzące z naszych sprawozdań

Metodyka taryfikacji świadczeń oraz opis sposobu analizy kosztów zamieszczone są na stronie Agencji (<https://www.aotm.gov.pl/metodyka/>). Analogiczne treści prezentowane są podczas prowadzonych przez Agencję szkoleń i spotkań ze świadczeniodawcami. Jesteśmy również gotowi zaprezentować Państwu przebieg procesu taryfikacji świadczeń, wraz z etapem analizy danych.

Natomiast obliczane przez Agencję koszty świadczeń oraz ich składowych prezentowane są w raportach taryfikacyjnych odnoszących się do poszczególnych obszarów, które publikowane są w biuletynie informacji publicznej

(<https://bip.aotm.gov.pl/component/content/?view=article&layout=edit&id=5323:raporty->

[taryfikacyjne-all&Itemid=9008&catid=2](#)).

Reasumując, zorganizowanie spotkania, podczas którego przedstawiciele Państwa Stowarzyszenia mieliby okazję w sposób szczegółowy poznać specyfikę działań związanych z ustalaniem kosztów i taryf świadczeń opieki zdrowotnej, wydaje się w pełni zasadne. Ufam, że pozwoli to Państwu na podejście do współpracy z Agencją z pełnym zrozumieniem i jeszcze większym niż dotychczas zaangażowaniem. Pozostajemy otwarci na dalszy dialog i dostosowywanie materiałów pomocniczych do potrzeb różnych grup świadczeniodawców. Celem Agencji nie jest obciążanie podmiotów nieadekwatnymi wymaganiami, lecz wspólne wypracowanie standardów, które długofalowo przyniosą korzyść całemu systemowi ochrony zdrowia.

Z wyrazami szacunku

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

Pani Izabela Leszczyna, Minister Zdrowia