



Gdynia 11.07.2025

Prezes
Agencji Oceny Technologii Medycznych
i Taryfikacji
Daniel Rutkowski

Szanowny Panie Prezesie

W imieniu **Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych** oraz Zaprzyjaźnionych Podmiotów Medycznych, chcemy rozpocząć dialog o możliwości udoskonalenia systemu raportowania danych przez świadczeniodawców zrzeszonych w naszej organizacji i przedstawić Panu Prezesowi obserwacje oraz postulaty w odniesieniu do procesu wykonywania sprawozdań dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmioty lecznicze z sektora prywatnego, posiadające jednocześnie status świadczeniodawców, od samego początku wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (dalej: „rozporządzenie”) starają się w jak najlepszy i najbardziej efektywny sposób wypełniać regulacje rozporządzenia i składać wymagane raporty do Agencji w ramach standardu rachunku kosztów (dalej: „SRK”).

W toku prac nad raportami, nasi członkowie dokładają wszelkich starań, aby były one przygotowywane jak najlepiej. Niemniej, w miarę przyrastania ilości raportów nasuwają się nam jednak pewne przemyślenia, którymi chcemy się z Panem Prezesem podzielić:

1. Terminy i zakres sprawozdawczości dla Agencji

Sprawozdawczość nie jest w pełni usystematyzowana. Termin na jej przygotowywanie jest każdorazowo wyznaczany przez Prezesa AOTMIT. Przepisy¹ wprowadzają jedynie wymóg, aby wyznaczony termin nie był krótszy niż 14 dni. W rezultacie, z Państwa strony pojawia się informacja (najczęściej mailowa) i żądanie przekazania określonych danych, które jesteśmy zobowiązani opracować i udostępnić Agencji w ściśle zakreślonym terminie. Najpierw pojawiły się sprawozdania z danymi płacowymi, następnie te dane zostały uzupełnione o podstawowe dane rachunku wyników i bilans, następnie do tego doszły informacje o wycenie poszczególnych procedur medycznych. W pierwszy okresie, byliśmy zobowiązani do realizacji sprawozdawczości raz do roku. Obecnie natomiast następuje to kilka razy w roku.

¹ Art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).



Co więcej, zostaliśmy również zobowiązani do przygotowania sprawozdania kompleksowego, którego termin wykonania i przekazania został wyznaczony do dnia 16.06.2025 r. Przedmiotowe sprawozdanie miało obejmować pełny zakres danych na wszystkich OPK i wszystkich kontaktach rodzajowych.

Terminy wyznaczone przez Agencję nie są dla nas przewidywalne, co powoduje znaczne problemy organizacyjne, w szczególności, gdy pokrywają się one z innymi, wynikającymi z powszechnie obowiązujących przepisów. Oczekujemy jasnego terminarza sporządzania sprawozdań i ich zakresu. To dla nas bardzo istotne, gdyż obecnie musimy pozostawać w ciągłej gotowości organizacyjnej, na wypadek wpływu informacji od Agencji z żądaniem sprawozdania określonego zakresu danych. W naszej ocenie, terminy i zakresy danych winny być jasno określone, podobnie jak terminarze sprawozdań do GUS. Powyższe umożliwi nam odpowiednie przygotowanie organizacyjne i zaplanowanie harmonogramu pracy naszego personelu.

Zbieg terminów ostatniego sprawozdania rocznego dla Agencji za rok 2024, ze sprawozdaniami rocznymi (finansowymi) stworzył wiele problemów organizacyjnych, szczególnie dla tych z naszych członków, którzy prowadzą działalność leczniczą w formie spółek prawa handlowego. Oczekujemy, że termin tak dużego sprawozdania nie będzie się w kolejnych latach zbiegał z terminami księgowego zakończenia roku, zwykle końca badań bilansów i zatwierdzania sprawozdania za rok ubiegły.

- 2. Sprawozdawczość w tej samej formie dla dużych i małych podmiotów medycznych.** Agencja wymaga takiego samego sposobu sprawozdania danych dla wszystkich form prowadzonych przez nas działalności leczniczych, bez względu na wielkość podmiotu, jego możliwości finansowych i organizacyjnych, a także dostępnych funkcjonalności programów informatycznych, na jakich pracują poszczególne placówki. Mniejsze podmioty lecznicze pracują bowiem często na podstawowych programach finansowo – księgowych i całość sprawozdawczości w ramach SRK wykonują w programie Excel albo innym bazowym arkuszu kalkulacyjnym. Te podmioty nie mają środków finansowych na zintegrowane systemy zarządzające i analizujące całą działalność. Warto podkreślić, że dla własnych celów zarządczych, te mniejsze podmioty nie mają potrzeby generowania tak szczegółowych danych, jak wymaga tego SRK. W rezultacie, czynności na potrzeby SRK są wykonywane przez w/w podmioty wyłącznie w celu ich udostępnienia Agencji.

Istotnym problemem jest również fakt, że każdy ze świadczeniodawców pracuje na innym systemie informatycznym. Agencja wprowadzi udostępniła program do na potrzeby kalkulacji w ramach SRK. Niemniej, chcieliśmy zasignalizować, iż nie otrzymaliśmy od członków naszego stowarzyszenia pozytywnej recenzji dla tego narzędzia. Ilość czynności, które należy wykonać w ramach jego obsługi (wszystkie dane trzeba wprowadzić do programu, zaimportować, a następnie przetwarzać) powoduje, że koniecznym jest zatrudnienie dedykowanego wyłącznie do tego celu dodatkowego personelu. W rezultacie, większość



członków naszego stowarzyszenia nadal pracuje na swoim systemie FK oraz arkusza kalkulacyjnym programu Excel.

Wielu z naszych członków złożyło prośbę o przedłożenie Prezesowi Agencji informacji, że niepubliczne podmioty lecznicze mają znacznie ograniczone możliwości pozyskania finansowania zewnętrznego (np. w formie dotacji) w celu zakupu bardziej zaawansowanych systemów do zarządzania jednostkami, które usprawniłyby proces sprawozdawczości zgodnie z wymogami SRK. Powyższe znacznie utrudnia usprawnienie procesu sprawozdawania danych w ramach SRK.

3. Zasady funkcjonowania standardu rachunku kosztów.

W początkowej fazie wdrażania standardu rachunku kosztów było wiele szkoleń i dyskusji, możliwości wymiany doświadczeń z Agencją. Obecnie natomiast, do świadczeniodawców kierowane są wyłącznie zobowiązania do raportowania sprawozdań. Niestety, mimo upływu kilku lat od wdrożenia SRK pewne problemy, które były zgłaszane Agencji na początku wdrażania SRK, nadal pozostają aktualne. Chcielibyśmy wrócić do rozmów o problemach małych podmiotów leczniczych, z którymi muszą się one mierzyć w procesie realizacji standardu rachunku kosztów i ewentualnego rozważenia modyfikacji zapisów rozporządzenia.

Wśród zagadnień, na które chcemy zwrócić szczególną uwagę Agencji, są:

- problemy związane ze sposobem podziału kosztów pomiędzy procedury NFZ i komercję w tych podmiotach, które realizują głównie usługi komercyjne a świadczenia finansowane przez NFZ i objęte kontraktem dotyczą niewielkiego zakresu prowadzonej przez nich działalności leczniczej;
- funkcjonowanie oddziałów tzw. leczenia jednego dnia, gdzie na jednym łóżku w danym dniu może przebywać dwóch, a nawet trzech pacjentów mających wykonywane procedury z zakresu różnych działów medycyny (np. laryngologia, okulistyka., itp.); powyższe generuje szereg problemów przy późniejszym dokonywaniu podziału kosztów, jak również przy stosowaniu wyliczeń statystycznych dotyczących obłożenia bloku operacyjnego, łóżek szpitalnych itp.
- mnogość kont w ramach kosztów rodzajowych, szczególnie dotyczących kosztów płac i ZUS, które mają najbardziej szczegółowy podział, co powoduje konieczność dzielenia kosztów na OPK i szczegółowo odrębnie koszty składek, emerytalnych, rentowych, wypadkowych, FP, FGŚP; powyższe powoduje ogromne duże dekrety z podziałem kosztów, które nie są użyteczne dla własnych celów zarządczych a w rezultacie nie są wykorzystywane w innym celu niż tylko na potrzeby udostępnienia ich Agencji.

Każdy z członków **Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych** wprowadził zasady podstawowe SRK takie jak:

- plan kont w zakresie rodzajów kosztów (zespołu 4)



- podział magazynu na taki jak wynika z rozporządzenia
- podział główny OPK.

Niemniej, mimo podejmowanych starań nie udaje się uzyskać w pełni zamierzonego efektu. Nadto, współpracownicy Agencji oddelegowani do kontaktu ze świadczeniodawcami, zdają się nie rozumieć specyfiki podziału kosztów, w sytuacji wykonywania kontraktów w ramach tzw. leczenia jednego, gdy w tym samym dniu, na jednym oddziale przebywają pacjenci leczeni w ramach różnych specjalizacji. Powyższy problem nie dotyczy tylko sektora prywatnego, ale również publicznych podmiotów leczniczych.

W naszej ocenie poruszane powyżej zagadnienia powinny być również uwzględnione w ofercie szkoleniowej przygotowywanej przez AOTMiT. Co więcej, wyjaśnienia oraz komunikaty kierowane do świadczeniodawców powinny być spójne i na bieżąco aktualizowane. Obecnie bowiem, otrzymujemy różne wytyczne i rekomendacje w zależności od osoby współpracownika AOTMiT, co w efekcie prowadzi do rozbieżnej praktyki wśród świadczeniodawców.

4. **Pracochłonność gromadzenia danych i ich raportowania.**

Pragniemy zwrócić uwagę Panu Prezesowi na pracochłonność procesu gromadzenia danych. Obowiązek opracowania i sprawozdawania wymaganych danych dotyczy w równym stopniu dużego szpitala uniwersyteckiego, jak i małego szpitala prywatnego. Powyższe powoduje, że koniecznym jest inwestowanie w programy, zatrudnianie dodatkowych pracowników lub korzystanie z usług podmiotów zewnętrznych.

Przypuszczamy również, że przekazywanie w jednym czasie raportów przez prawie 2000 podmiotów, powoduje także w Agencji pewne problemy logistyczne. W naszej ocenie, pod rozwagę można byłoby przyjąć model organizacyjny, w którym to kilka wytypowanych szpitali, posiadających odpowiednie systemy/oprogramowania rozliczeniowe oraz zaplecze kadrowe, wykonywałyby wymaganą sprawozdawczość, jednocześnie posiadając przy tym bieżące wsparcie techniczno - organizacyjne ze strony Agencji oraz stosowne wynagrodzenie.

Kolejnym z problemów zasygnalizowanych przez członków naszego stowarzyszenia dotyczy sytuacji, w której dane wymagane w sprawozdaniu nie zawsze pokrywają się z instrukcją i informacjami przekazywanymi w filmach szkoleniowych przez Agencję.

Instrukcje oraz materiały szkoleniowe, które są dostępne publicznie dla świadczeniodawców winny być na bieżąco aktualizowane. Powyższe zapobiegnie bowiem sytuacjom, w których przykładowo świadczeniodawca poświęci znaczny nakład czasu, aby pewien zakres danych wygenerować a finalnie okazuje się, że nie było to konieczne i określone dane nie musiały być sprawozdawane.

Istotne jest również zwrócenie uwagi na przewidziane przez ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: „uśoz”) wyłączenia dla obowiązku stosowania SRK. Zgodnie z art. 36 lc ust. 8 uśoz, od w/w obowiązku wyłączeni są bowiem świadczeniodawcy udzielających świadczeń opieki zdrowotnej **wyłącznie** w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W rezultacie, nawet gdy podmiot



leczniczy prowadzący wyłącznie POZ zdecyduje się jednak na zawarcie z NFZ dodatkowej umowy na realizację świadczeń w rodzaju AOS – automatycznie w takiej sytuacji aktualizuje się obowiązek stosowania przez ten podmiot SRK, dokładnie na takich samych zasadach, jakie obowiązują np. duże szpitale publiczne.

W ocenie członków stowarzyszenia katalog wyłączeń z art. 36lc ust. 8 uósz jest zbyt wąski i nie uwzględnia różnorodności struktur i zakresów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poszczególne podmioty wykonujące działalność leczniczą. Rozporządzenie wprowadza tożsame zalecenia dla prowadzenia SRK dla każdego świadczeniodawcy, bez uwzględnienia różnic w skali i sposobie prowadzenia działalności leczniczej, jak również bez uwzględnienia proporcji świadczeń, które są realizowane w ramach NFZ w ogólnej puli oferowanych usług zdrowotnych.

Podkreślić należy także, że szczególnie Ci mniejsi świadczeniodawcy (przychodnie, poradnie) bardzo często korzystają z prowadzenia księgowości przez zewnętrzne biura rachunkowe. W rezultacie, gdy pojawia się konieczność przygotowania sprawozdania według SRK, biura rachunkowe wymagają uiszczenia dodatkowych, wysokich opłat, bowiem nie jest to standardowa usługa księgowa. Z relacji naszych członków wynika, że te dodatkowe koszty potrafią być ekstremalnie wysokie np. 30.000,00 złotych brutto za sporządzenie wymaganych w ciągu roku raportów dla Agencji.

Powyższy przykład obrazuje, że istnieje potrzeba, aby regulacja ustawowa nakładająca na każdego świadczeniodawcę tożsamy obowiązek dotyczący SRK, uwzględniała również perspektywę mniejszych podmiotów leczniczych lub podmiotów, u których większość usług zdrowotnych opiera się na modelu komercyjnych a kontrakt z NFZ stanowi tylko nieznaczny ich udział.

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

W dalszej kolejności, warto zwrócić uwagę, że część danych statystycznych jakie są przekazywane do Agencji, jest zbieżna z danymi podawanymi nie tylko do GUS, ale również do systemu statystyki medycznej. Szczególnie te dane podawane do systemu statystyki medycznej powinny być już ujednoczone i podawane tylko do jednej organizacji. Reasumując, świadczeniodawcy są obciążeni równoległymi obowiązkami sprawozdawczymi, w ramach, których przekazywane są dane częściowo ze sobą zbieżne. W naszej ocenie, Agencja zatem mogłaby z tych danych korzystać i opracowywać je dla własnych potrzeb.

6. Dane pochodzące z naszych sprawozdań.

Członkowie naszego stowarzyszenia zgłaszają także postulat, aby uzyskać wgląd w proces opracowywania przez Agencję udostępnianych jej danych. Zrozumienie tego procesu pomoże naszym członkom opracowywać dane z większą świadomością ich przeznaczenia.

Niezwykle cenna byłaby także możliwość porównania kosztów całkowitych i ich składowych przynajmniej kilku, kilkunastu procedur i ustalenia, jak nasze koszty różnią się od



podawanych przez AOTMiT. Wówczas sprawozdawane dane przyczyniłyby się również do rozwoju naszych placówek a w rezultacie byłyby realnie użyteczne dla celów zarządczych.

W czasie spotkania online zorganizowanego specjalnie na potrzeby podjęcia rozmów w temacie SRK, nasi członkowie zgłosili następujące postulaty:

- wyraźne wyjaśnienia i uzasadnienie przez Agencję względów, jakie przemawiają za koniecznością każdorazowego opracowywania bardzo szczegółowych sprawozdań oraz poziomu wykorzystywania przez Agencję przekazywanych danych; członkowie mają bowiem wrażenie, że większość danych, których opracowanie każdorazowo wiąże się z dużym nakładem pracy, nie są w większości przez AOTMiT wykorzystywane na potrzeby taryfikacji;
- wyjaśnienia przez Agencję, dlaczego w miejsce danych zapisanych na kontach OPK i kontach kosztów rodzajowych Agencja nie przyjmuje w zamian sprawozdania pliku JPK KR, na którym są zapisane wszystkie dane, jak również wskazania, czy Agencja rozpatrywała możliwość pozyskania danych z plików JPK, które są generowane w usystematyzowany sposób, a ich odczytywanie jest możliwe przez KAS i biegłych księgowych;
- wyjaśnienia przez Agencję, dlaczego tak szczegółowe jest rozbiecie kosztów płac (w ramach kont rodzajowych), w szczególności składek ZUS z podziałem na każdą z części składki ZUS; członkowie naszego stowarzyszenia wskazują, że nikt dla własnych celów zarządczych nie prowadzi takich szczegółowych analiz;

Uzasadniając powyższe, w czasie spotkania podnoszono, że co do zasady podstawowym celem rozliczeń, księgowości, kontrolingu poza danymi do rozliczenia podatku, prezentacji wyniku finansowego i bilansu są dane zarządcze wykorzystywane do prowadzenia własnej działalności. Natomiast, duża część danych, których sprawozdanie jest wymagane w ramach SRK nie są potrzebne w analizie własnej. Podkreślić należy, że nie jest spotykana praktyka prowadzenia analityk remontów do poszczególnych środków trwałych, czy analizy, ile w płacy personelu jest składki na FP, FGŚP itp.

- Członkowie nasze stowarzyszenia mają również obawy, że z uwagi na odrębności organizacyjne poszczególnych podmiotów leczniczych, jak również różny sposób przygotowywania sprawozdań w ramach SRK, dane które są przekazywane mogą być niemiarodajne a przez to mało użyteczne dla potrzeb Agencji. Przykładowo, w dyskusji pomiędzy naszymi członkami uczestniczyło wiele podmiotów wykonujących zabieg zaćmy i w toku rozważań powstała wątpliwość co do sposobu wykazania kosztu tej procedury, w sytuacji, kiedy jeden podmiot pracuje na środkach trwałych zamortyzowanych, drugi otrzymanych z dotacji, a jeszcze kolejny na całkowicie nowych. Dodatkowo, niektórzy świadczeniodawcy nadal mają wątpliwości co do poprawności w rozpoznaniu kosztu bloku, znieczulenia i ich podzielenia w ramach kosztów oddziału tzw. leczenia jednego dnia.

Wobec powyższego pojawił się postulat wyjaśnienia przez Agencję czy fakt, że przekazywane dane mogą być zniekształcone (wobec różnego rodzaju zmiennych, które przykładowo opisano powyżej) powoduje, że są one nadal użyteczne dla Agencji dla celów taryfikacji, a jeżeli tak – wyjaśnienie w jaki sposób są one wykorzystywane na potrzeby taryfikacji.



- podobne problemy czy uwagi jak występują w podziale kosztów, nasi członkowie zgłaszają też w przychodach i ta uwaga jest cenna, gdyż wszyscy mówią o kosztach a tak naprawdę w klasyfikacji przychodów też pozostają sprawy do wyjaśnienia.

Reasumując, uprzejmie prosimy o zapoznanie się przez Prezesa Agencji się z naszymi obserwacjami i postulatami. Z naszej strony proponujemy zorganizowanie wspólnego spotkania przedstawicieli naszego stowarzyszenia z Prezesem Agencji, aby móc wspólnie pochylić się nad zasygnalizowanymi w niniejszym piśmie problemami.

Podajemy również pod rozwagę koncepcję wdrożenia instytucji reprezentatywnych z pokryciem kosztów ich pracy przez AOTMiT oraz ujednoczeniem przepływowych danych, co mogłoby bardzo korzystnie wpłynąć na rzetelność gromadzonych danych, odzwierciedlających niejednokrotnie zaniżone taryfy dla wielu procedur.

Jesteśmy otwarci na rozmowy.

Z wyrazami szacunku

W imieniu Zarządu
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych
prezes Zarządu
Andrzej Sokołowski

Do wiadomości:
Minister Zdrowia