

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: sobota, 13, lipiec 2013 00:00

Rafał Rudka

Odslony: 10954

Kwestię rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (dz. u. Nr 164, poz. 1194). Ten akt prawny ma obecnie status aktu prawnego nieobowiązującego, gdyż uchylono podstawę prawną, na podstawie której został wydany. Chodzi o ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408). Rozporządzenie weszło w życie i obowiązywało od 01.01.1999 roku, czyli od dnia wejścia w życie reformy systemu ochrony zdrowia. Uchylone zostało z dniem 01.07.2011 roku, czyli z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

Ponieważ na podstawie obecnie obowiązującej ustawy o działalności leczniczej Minister Zdrowia nie wydał nowego rozporządzenia regulującego te kwestie, podmioty lecznicze nadal stosują zasady zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku.

Rozporządzenie jest bardzo krótkie i w sposób bardzo ogólny (wbrew nazwie rozporządzenia, gdzie mówi się o „szczegółowych zasadach”) określa zasady prowadzenia rachunku kosztów w obecnych podmiotach leczniczych, a dawnych publicznych zakładach opieki zdrowotnych.

Paragraf 1 ust. 1 każe wyodrębnić:

1. miejsca powstawania kosztów, tj. wyodrębnione w strukturze organizacyjnej zakładu komórki organizacyjne, kilka komórek organizacyjnych lub część komórki organizacyjnej,
2. wyodrębniony zakres działalności, zwane dalej „ośrodkami kosztów”.

Czyli w praktyce, ośrodkami kosztów, częściej w praktyce nazywane miejscami powstawania kosztów (mpk) powinny być wyodrębnione komórki organizacyjne, lub ich część, w której prowadzony jest wyodrębniony zakres działalności. I właśnie ten wyodrębnionym, najlepiej jednorodnym rodzajem prowadzonej działalności, powinniśmy kierować się tworząc ośrodki kosztów. Tworząc je powinniśmy brać pod uwagę nadrzędny cel, jakim jest stworzenie w podmiocie leczniczym rachunku kosztów. Nie stworzymy go, jeżeli odpowiednio nie zorganizujemy ewidencji kosztów ośrodków kosztów. Ponieważ znacznie łatwiej jest sumować koszty poszczególnych mpk w celu uzyskania kosztu komórki organizacyjnej lub kilku komórek organizacyjnych, wskazane jest dokonać możliwie najbardziej „rozdrobnionego” podziału na możliwie największą ilość mpk, które realizują wyodrębniony zakres działalności.

Przykład 1:

W szpitalu naturalnym jest podział komórek na oddziały i poradnie. Wszystkie one mogą być potraktowane jako ośrodki kosztów. Ale jeżeli weźmiemy pod uwagę, że oddziały zwykle posiadają gabinety zabiegowe, w których wykonywany jest właśnie wyodrębniony zakres działalności - zabiegi, których nie wykonuje się przecież na oddziale.

Wskazane jest zatem utworzenie miejsca powstawania kosztów - gabinet zabiegowy. Uzyskujemy wówczas możliwość ewidencjonowania kosztów powstających w tym mpk. W oddziale dziecięcym oprócz gabinetu zabiegowego może występować kuchnia mleczna. Również tę wyodrębnioną działalność warto uznać za mpk. W tym przykładzie ośrodek kosztów - oddział dziecięcy, będzie się składał z trzech mpk.

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: sobota, 13, lipiec 2013 00:00

Rafał Rudka

Odśłony: 10954

Oddziału, gabinetu zabiegowego i kuchni mlecznej. Koszt funkcjonowania oddziału uzyskamy poprzez zsumowanie ewidencji kosztów prowadzonych dla każdego mpk. Jeżeli chcielibyśmy ustalić sam koszt kuchni mlecznej, mając tylko ewidencję kosztów prowadzonych dla ośrodka kosztów, jakim jest oddział, musielibyśmy dokonywać rozdziału tych kosztów, co jest znacznie trudniejsze i mniej dokładne.

Tworzenie dużej ilości mpk zwiększa dokładność prowadzonej ewidencji kosztów, co ma swoją wadę w postaci zwiększenia ilości czynności administracyjnych. Dlatego należy rozważyć podchodzić do rozbudowy ilości mpk. Lepiej jednak na początku budowania ewidencji kosztów ustalić więcej mpk, z których część w dalszym, praktycznym działaniu połączymy z innymi mpk, redukując ich ilość. Wielce pomocny jest tu system informatyczny, który upraszcza i ułatwia prowadzenie ewidencji kosztów dla bardzo rozdrobnionej struktury mpk.

Rozporządzenie nie wskazuje konkretnych nośników kosztów i nie przypisuje ich do konkretnych rodzajów kosztów. Ich ustalenia podmiot leczniczy dokonuje samodzielnie tak, aby ewidencja kosztów była wiarygodna i spójna.

Przykład 2:

Za podstawę ewidencji i rozliczenia kosztów ogrzewania może służyć zarówno metr kwadratowy ogrzewanej powierzchni jak i metr sześcienny, czyli kubatura ogrzewanych pomieszczeń. Nośnik - metr kwadratowy, będzie lepszym w sytuacji, gdy wszystkie, lub przeważająca ilość pomieszczeń, będzie miała tę samą, lub niewiele różniącą się wysokość. W tej innej sytuacji lepszym, bardziej oddającym rzeczywistości, będzie nośnik w postaci kubatury.

Ewidencję zużycia energii elektrycznej najlepiej dokonywać na podstawie po „olicznikowaniu” wszystkich odbiorników. Wiadomo, że nie jest to możliwe, a dla odbiorników o małym zużyciu energii - niecelowe i nieuzasadnione ekonomicznie. W tym przypadku jako nośnik kosztów można zastosować kilowatogodzinę, lub np. moc znamionową odbiornika.

Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Atłachowicz