

**Joanna Kogut**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

## **INFORMACJA KOSZTOWA W PROCESIE USTALANIA CEN USŁUG MEDYCZNYCH**

### **1. Wprowadzenie**

Usamodzielnienie zakładów opieki zdrowotnej i związany z tym wzrost odpowiedzialności za osiągnięte wyniki powoduje zwiększenie zapotrzebowania kierownictwa na wieloprzekrojowe informacje ekonomiczne niezbędne do podejmowania odpowiednich decyzji. W obecnych warunkach samofinansowania jednostek służby zdrowia i ograniczonych zasobów czynników produkcji rośnie znaczenie i ranga informacji kosztowych i ich analizy jako narzędzia zarządzania. Koszty są bowiem ważną kategorią ekonomiczną, która występuje w każdej prowadzonej działalności.

Szczególnie istotne są koszty usług, które odzwierciedlają odmienne warunki ich świadczenia w różnych jednostkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, a ich znajomość jest konieczna do obliczenia kosztów produktów finalnych, tj. kosztów całego procesu leczenia konkretnego pacjenta, grupy pacjentów czy kosztów jednostki chorobowej.

Szpitala są najbardziej złożonymi podmiotami wśród zakładów opieki zdrowotnej i to one mają największe problemy z zarządzaniem czy wręcz utrzymaniem się na rynku usług medycznych. W obecnej sytuacji jednym z podstawowych zadań stawianych przed kierownictwem szpitali jest dokładna identyfikacja, ewidencja, kontrola i analiza ponoszonych przez nie kosztów.

Powyższe przesłanki pozwoliły określić cel artykułu, którym jest ukazanie istoty i zakresu informacji kosztowej, jej roli w procesie ustalania cen usług medycznych oraz kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## 2. Istota i zakres informacji kosztowej

W literaturze ekonomicznej, prawie bilansowym, międzynarodowych standardach rachunkowości i prawie podatkowym występują różne definicje kosztów. W najprostszym ujęciu „koszt mierzony jest za pomocą bieżącej wartości zasobów ekonomicznych dotychczas zużytych lub przeznaczonych do zużycia dopiero w przyszłości w celu uzyskania dóbr lub usług”<sup>1</sup>. K. Sawicki określa tym mianem „wyrażone w pieniądzu zużycie składników aktywów trwałych i obrotowych, usług obcych, nakładów pracy pracowników oraz niektóre wydatki nie odzwierciedlające zużycia, związane z prowadzeniem działalności przez jednostkę gospodarczą w określonej jednostce czasu”<sup>2</sup>.

Bardziej ogólnie pojęcie kosztów określa ustawa o rachunkowości<sup>3</sup> (rys. 1).



Rys. 1. Pojęcie kosztów i strat w ustawie o rachunkowości

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy o rachunkowości.

Definicja ta jest zgodna z międzynarodowymi standardami rachunkowości, według których koszty mogą dotyczyć zarówno normalnej działalności jednostki, jak i poniesionych strat i są one ujmowane na ogół w wyniku finansowym okresu, w którym były poniesione. Mogą one również zmniejszać kapitał (fundusz) własny.

<sup>1</sup> E.A. Hendriksen, M.F.V. Breda, *Teoria rachunkowości*, PWN, Warszawa 2002, s. 381.

<sup>2</sup> *Rachunek kosztów*, red. K. Sawicki, Fundacja Rozwoju Rachunkowości, Warszawa 1996, s. 2.

<sup>3</sup> Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości, DzU 2002 nr 76, poz. 694 z późn. zm.

Kosztem jest każde zmniejszenie aktywów lub zwiększenie zobowiązań, w tym także:

- przekazane darowizny, niezawinione niedobory, zapłacone kary i odszkodowania,
- obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego,
- skutki aktualizacji wyceny aktywów i zobowiązań.

Powodują one przejściowe zmniejszenie korzyści ekonomicznych<sup>4</sup>.

Do atrybutów tej definicji zawartej w ustawie o rachunkowości można zaliczyć<sup>5</sup>:

a) szeroki zakres kosztów obejmujący: koszty zdarzeń nietypowych, które odbiegają od normalnej działalności i nie będą się powtarzać; obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego; elementy podziału wyniku finansowego, np. wypłaty premii z zysku;

b) zrównanie kosztów ze stratami;

c) efektem końcowym ponoszenia kosztów jest zmniejszenie kapitału własnego, a nie przychodu ze sprzedaży czy wyniku finansowego;

d) koszt powstaje wówczas, gdy następuje zmiana wartości aktywów lub pasywów;

e) kwotę kosztów wyznacza wartość aktywów i zobowiązań, co oznacza, że odwzorowują one historyczną wartość zużywanych zasobów;

f) ponoszenie kosztów nie musi odzwierciedlać rzeczywistego zużycia zasobów (np. utworzenie rezerw);

g) warunkiem ponoszenia kosztów nie jest osiąganie przychodów czy innych ekwiwalentów.

Natomiast rachunkowość zarządcza, która wykorzystuje informacje kosztowe w zarządzaniu, definiuje koszty jako: „wyrażający wartości tracone parametr rachunku mikroekonomicznego prowadzonego w celu planowania i kontroli dokonań jednostki gospodarczej<sup>6</sup>”. Obejmują one koszty pozyskiwania, istnienia i wykorzystania lub używania zasobów, a zatem koszty, których prawo bilansowe nie akceptuje, tj. koszty utraconych korzyści, koszty ryzyka prowadzonej działalności itd.

Współcześnie do zakresu kosztów zalicza się również, obok zasobów rzeczowych (środki trwałe, materiały, wynagrodzenia), także zasoby niematerialne (wykształcony personel, kapitał intelektualny, wiedza, informacja, klienci itp.), które nie są ujmowane w rachunkowości. Część z nich jest używana bieżąco i ujmowana ilościowo czy wartościowo, a część określana mianem potencjału organizacyjnego jest ujmowana kwantytatywnie oraz jakościowo i opisowo.

---

<sup>4</sup> M. Hass-Symotiuk, *Pomiar kosztów i przychodów oraz ustalanie wyniku finansowego zakładu opieki zdrowotnej*, [w]: *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 129-131.

<sup>5</sup> J. Gierusz, *Koszty w świetle nadrzędnych zasad rachunkowości. Pojęcia. Klasyfikacja. Zakres ujawnień*, ODDK, Gdańsk 2005, s. 52-55.

<sup>6</sup> *Ibidem*, s. 67.

### 3. Charakterystyka kosztów zakładu opieki zdrowotnej

Wdrożenie w Polsce reformy sektora ochrony zdrowia w 1999 r. spowodowało konieczność ustalenia obiektywnych, finansowych mierników działalności zakładów opieki zdrowotnej. Czynniki rynkowe, m.in. konkurencja w zakresie jakości świadczonych usług, marketing, rachunek ekonomiczny, wymogły zmianę stylu kierowania jednostkami służby zdrowia z administracyjnego na zarządczy oparty na trzech obszarach działalności:

- świadczeniu usług zgodnie ze sztuką medyczną,
- rynku usług medycznych,
- racjonalnym wykorzystaniu pozyskanych zasobów.

Placówki medyczne przestały być postrzegane wyłącznie jako świadczeniodawcy usług medycznych, a dostrzeżono, że są one miejscem powstawania znacznych kosztów. Świadomość roli parametrów kosztowych pojawiła się wraz z reformą, wprowadzającą kontraktowanie usług medycznych przez poszczególne placówki, a tym samym stała się elementem konkurencyjności. Szczególnym wyzwaniem stojącym obecnie przed placówkami ochrony zdrowia jest ograniczenie wzrastających kosztów realizacji świadczeń medycznych, które w dużej części są wynikiem działania takich czynników, jak:

- stopniowe starzenie się społeczeństwa,
- stosowanie nowoczesnych, zazwyczaj bardzo kosztownych technologii medycznych,
- wzrost „świadomości zdrowotnej” społeczeństwa, powodujący zwiększenie liczby potrzeb zgłaszanych w zakresie ochrony zdrowia.

Koszt zawsze wiąże się z określonym efektem działalności, a jego ponoszenie powinno być celowe i usytuowane na oczekiwanym poziomie. Zakłady opieki zdrowotnej są zwykle jednostkami nieukierunkowanymi na osiąganie zysku, dlatego też każde ich działanie powinno być celowe i przynosić przychód współmierny do kosztu wywołanego przez to działanie. Koszt należy zatem powiązać z określonym obiektem, działaniem lub rezultatem – świadczoną usługą medyczną<sup>7</sup>.

W jednostkach opieki zdrowotnej pojęcie kosztu usługi medycznej może być określane w ujęciu węższym i szerszym, podobnie jak w tradycyjnej, ogólnie rozumianej definicji kosztu. W wąskim ujęciu jest to podstawowy koszt wytwarzania tej usługi, na który składają się zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie, powstające w jednostce ją świadczącej (koszty materiałowe, osobowe, usług obcych, amortyzacji, diagnostyki, administracji itp.). Natomiast w szerokim ujęciu (makroekonomicznym) za koszt usługi medycznej uważa się koszt „ekonomiczny”, zapewniający nie tylko bieżące świadczenie usług, ale uwzględniający także rozwój medycyny, techniki medycznej oraz nakłady inwestycyjne związane z budową

---

<sup>7</sup> I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s. 11.

nowych i modernizacją już istniejących jednostek ochrony zdrowia. Koszt ten jest sumą podstawowego kosztu świadczenia usługi medycznej, kosztów na rzecz wspólnoty lokalnej (kształcenie kadr, ochrona środowiska itp.), kosztów niewykorzystania części zdolności usługowej podmiotów opieki zdrowotnej (np. wolne moce laboratorium czy pracowni USG czy RTG) oraz kosztu potrzeb kapitałowych.

W świetle powyższych rozważań, koszt usługi medycznej rozumiany w węższym ujęciu można określić jako wyrażoną w pieniądzu wartość pracy żywej i zasobów majątkowych zakładu opieki zdrowotnej zużytych w danym okresie w celu świadczenia usług medycznych. Istotą tak zdefiniowanego pojęcia kosztu jest wykorzystanie różnych czynników występujących w związku z prowadzoną działalnością jednostki opieki zdrowotnej, której efektem końcowym jest finalna usługa medyczna<sup>8</sup>.

Na koszt wytworzenia usługi medycznej składają się koszty usług cząstkowych, tworzących daną usługę. Taka sytuacja występuje wtedy, gdy usługą finalną jest złożona procedura medyczna<sup>9</sup>, składająca się z kilku procedur prostych. Liczba i rodzaje usług cząstkowych są zależne od charakteru i celu końcowej usługi medycznej. Istotnym czynnikiem tej usługi jest stan zdrowia pacjenta, a więc osoby z niej korzystającej. Z jednej strony daje on pacjentowi możliwość osiągnięcia celów życiowych, a jeśli pracuje, również zachowania i rozwijania zdolności do określonej pracy, a zatem do uzyskiwania określonych dochodów. Z drugiej zaś – od stanu zdrowia pacjenta w dużej mierze zależy, jakie i ile usług medycznych zostanie mu udostępnionych. Koszt usługi finalnej stanowi więc sumę kosztów usług cząstkowych świadczonych na oddziałach szpitalnych, w gabinetach specjalistycznych, pracowniach diagnostycznych czy zabiegowych. Z punktu widzenia usługi finalnej, usługi cząstkowe mają charakter usług pośrednich, gdyż stanowią etap przejściowy między dwoma poszczególnymi etapami świadczenia finalnej usługi medycznej oraz przyczyniają się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, którym ta usługa służy. Usługi pośrednie są więc niezbędnym składnikiem usługi finalnej. Jednak mogą one także występować jak samoistne usługi medyczne. Przykładem może być badanie RTG czy USG lub pojedyncze badanie laboratoryjne, które może być wykonane w szpitalu również dla pacjentów nie podlegających hospitalizacji. W takiej sytuacji wymieniona usługa stanowi z punktu widzenia szpitala usługę finalną.

Koszty ponoszone przez jednostki funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia składają się z wielu elementów, a ich ponoszenie oraz wysokość zależą od różnych czynników. Użytkownicy informacji kosztowych, zarówno wewnątrzni (tj. kierow-

<sup>8</sup> E. Nowak, *Rachunek kosztów przedsiębiorstwa*, Ekspert, Wrocław 2001, s. 26.

<sup>9</sup> *Procedura medyczna* rozumiana jest jako „całość lub wyodrębniona medycznie część świadczenia zdrowotnego, która pociąga za sobą skutki finansowe” lub też „element procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, który da się wyodrębnić jako możliwa do zaakceptowania przez profesjonalistów medycznych część kontaktów pacjenta z zakładem ochrony zdrowia, a jednocześnie może być traktowany jako uśredniony nośnik kosztów”.

nictwo na różnych szczeblach zarządzania hierarchii organizacyjnej jednostki), jak i zewnętrzni (tj. pracownicy, płatnicy, organy założycielskie i właściciele, inwestorzy, banki itp.), nie tylko są zainteresowani znajomością ich ogólnego poziomu, ale także oczekują informacji o strukturze kosztów w poszczególnych okresach sprawozdawczych, ich uwarunkowaniach i wzajemnych powiązaniach. Dopiero tak przygotowane informacje o kosztach mogą stanowić użyteczne narzędzie do podejmowania decyzji oraz kontroli z punktu widzenia realizacji funkcji rachunku kosztów.

Źródłem kosztów ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej jest ich różnorodna działalność, która opiera się na działaniach służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działaniach medycznych, wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania<sup>10</sup>. Wykorzystanie informacji kosztowych w zarządzaniu wymaga znajomości różnych kryteriów klasyfikacyjnych kosztów, które powinny stać się podstawą budowy modelu rachunku kosztów (pomiaru kosztów).

Każdy z przekrojów informacyjnych ma inną przydatność dla poszczególnych grup użytkowników. Dlatego przy systematyzacji kosztów należy wziąć pod uwagę cel, któremu mają służyć informacje kosztowe, oraz wymagania stawiane przez odbiorców. Zarządzanie wymusza potrzebę grupowania kosztów w takich przekrojach, które są niezbędne z jednej strony do wyceny zapasów i ustalania wyniku finansowego, z drugiej zaś do planowania i kontroli oraz podejmowania decyzji zarządczych. O ile pomiar wyniku finansowego jest dokonywany na podstawie kosztów rzeczywistych, o tyle w procesie podejmowania decyzji biorą udział informacje o kosztach poniesionych oraz planowanych<sup>11</sup>. Z uwagi na zróżnicowanie działalności prowadzonej przez jednostki medyczne, ogół kosztów, powstających w tych podmiotach można podzielić na:

1) koszty działalności operacyjnej, w tym:

- koszty podstawowej działalności operacyjnej, związane z wykonaniem podstawowych działań, zgodnych ze statutem zakładu (np. koszty leczenia pacjentów w oddziałach szpitalnych) i realizacją świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez płatników (np. Narodowy Fundusz Zdrowia, organ założycielski, inne zakłady opieki zdrowotnej);
- koszty pozostałej działalności operacyjnej, związane pośrednio ze zwykłą działalnością operacyjną (np. koszty sprzedaży bądź likwidacji zbędnych środków trwałych, obciążające jednostkę kary, grzywny, odszkodowania itp.);

2) koszty działalności inwestycyjnej, związane z rozszerzeniem zakresu oferowanych świadczeń zdrowotnych lub zwiększeniem możliwości funkcjonalnych zakładu;

---

<sup>10</sup> Działania te określane są jako świadczenia zdrowotne (Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1991 nr 91, poz. 408 z późn. zm.)).

<sup>11</sup> Zob. J. Kogut, *Istota i klasyfikacja kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, red. T. Kiziukiewicz, PPH Zapol, Szczecin 2004, s. 344-53.

3) koszty działalności finansowej, związane z prowadzeniem operacji finansowych (np. odsetki od zaciągniętego kredytu na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego).

Fundamentalnym obszarem sterowania są koszty działalności operacyjnej, które można klasyfikować według różnych kryteriów, w zależności od zakresu i/lub celu informacji, jakie mają być dostarczane ich odbiorcom. Podstawowymi kryteriami klasyfikacji wykorzystywanymi w tym obszarze są:

- rodzaje (poziomy) opieki zdrowotnej,
- rodzaje zużywanych zasobów,
- typy działalności operacyjnej,
- sposób finansowania świadczeń medycznych,
- podmioty świadczące usługi medyczne (ośrodki kosztów),
- nośniki kosztów (grupy usług, procedury medyczne, leczenia pacjenci, jednostki chorobowe itp.),
- pozycje kalkulacyjne,
- sposób odniesienia na nośniki kosztów itd.

Klasyfikacja dokonana na podstawie powyższych kryteriów jest ukierunkowana przede wszystkim na monitorowanie kosztów rzeczywistych (*ex post*), które są przydatne do celów sprawozdawczych oraz ustalenia wyniku finansowego. Koszty te mają jednak ograniczoną wartość dla budżetowania czy podejmowania decyzji zarządczych<sup>12</sup>.

Na potrzeby budżetowania niezbędne jest grupowanie kosztów według typów ośrodków kosztów, działań i pełnionych funkcji oraz rodzajów działalności, a następnie rozliczanie ich na świadczone usługi medyczne. Szczegółowość i dokładność tej klasyfikacji zależą od wielkości jednostki, organizacji i technologii oferowanych usług, ich specyfiki czy poziomu referencyjnego.

Koszty ujęte w przekroju podmiotowym, według ośrodków kosztów, są rozliczane na nośniki w sposób bezpośredni, na podstawie dokumentów źródłowych, lub pośredni, za pomocą kluczy podziałowych. Koszty bezpośrednie obejmują wynagrodzenia wraz z narzutami, zużyte materiały (np. leki, odczynniki, sprzęt jednorazowego użytku), zakup procedur medycznych itp. Natomiast koszty pośrednie (wydziałowe i zarządu) są kosztami względnie stałymi każdej komórki wyodrębnionej w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, które są związane z danego rodzaju działalnością i z zarządzaniem całym zakładem. Wśród nich można wyróżnić: koszty utrzymania komórki organizacyjnej, remonty i naprawy sprzętu i aparatury medycznej, amortyzacja pomieszczeń i sprzętu medycznego, zużycie energii itp.

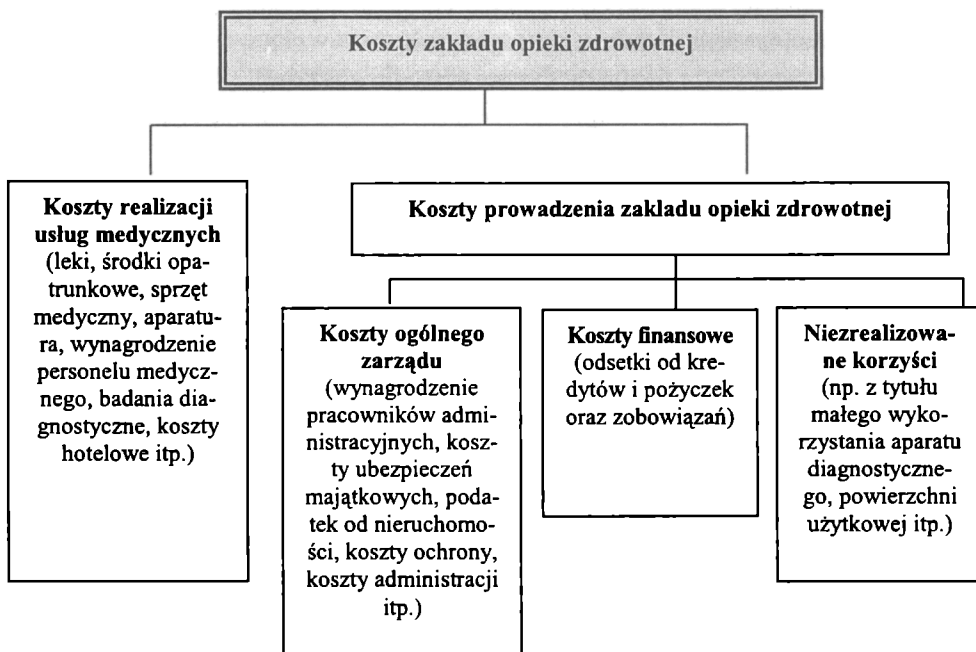
Powyższe rozwiązanie daje możliwość poznania struktury kosztów ponoszonych w jednostce służby zdrowia oraz tworzenia podstaw prawidłowego ich rozli-

---

<sup>12</sup> J. Kogut, *Kategoryzacja kosztów dla potrzeb podejmowania decyzji zarządczych*, [w]: *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, red. T. Kiziukiewicz, PPH Zapol, Szczecin 2005, s. 264-69.

czania na poszczególne obiekty kalkulacyjne. Stanowi ono również podstawę przeprowadzenia kontroli i analizy kosztów rzeczywistych wraz z określeniem odpowiedzialności za ponoszone koszty i osiągnięte wyniki.

W świetle powyższych uwag całość kosztów (w sensie ekonomicznym<sup>13</sup>) związanych z funkcjonowaniem zakładu opieki zdrowotnej można podzielić na koszty realizacji usług medycznych i koszty prowadzenia zakładu. Te ostatnie z kolei można podzielić na koszty ogólnego zarządu, koszty finansowe i niezrealizowane korzyści<sup>14</sup>. Podział kosztów opieki zdrowotnej z ekonomicznego punktu widzenia ilustruje rys. 2.



Rys. 2. Podział kosztów zakładu opieki zdrowotnej według kryterium ekonomicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Janik, *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w Jednostkach Ochrony Zdrowia” 2004 nr 7, s. 22.

Zaprezentowana charakterystyka kosztów działalności zakładu opieki zdrowotnej daje możliwość ich rozpoznania oraz prawidłowej oceny ich poziomu dynamiki i czynników je kształtujących. Wiedza na ten temat nie tylko staje się czyn-

<sup>13</sup> *Koszt ekonomiczny* można zdefiniować jako sumę wartości uzasadnionego, realizowanego celu zużycia zasobów rzeczowych, zasobów pracy i zasobów finansowych oraz korzyści utraconych na skutek nieoptymalnej alokacji posiadanych zasobów.

<sup>14</sup> W. Janik, *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w Jednostkach Ochrony Zdrowia” 2004 nr 7, s. 22.



nikiem umożliwiającym rozpoznanie wielkości kosztów i wyników w przekroju poszczególnych ośrodków kosztów, ale także tworzy podstawy do sterowania kosztami w zakresie ustalania budżetów i kontroli ich realizacji oraz obliczania standardów kosztowych dotyczących określonych usług medycznych, jednostek diagnostycznych, leczenia jednostek chorobowych itp.

#### 4. Rola informacji kosztowej w procesie ustalania cen

Dokładna i rzetelna informacja kosztowa jest niezwykle cenna przy podejmowaniu wielu decyzji ekonomicznych. W warunkach gospodarki rynkowej i coraz bardziej konkurencyjnego rynku usług medycznych odgrywa ona istotną rolę w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej. Powinna stanowić podstawę zawierania kontraktów i dokonywania rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wśród informacji kosztowych szczególną rolę odgrywają koszty jednostkowe usług medycznych świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej. Są one bowiem niezbędne do:

- ustalania kosztów leczenia konkretnego pacjenta, grupy pacjentów, przypadków chorobowych czy jednostek chorobowych,
- kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- ustalania rodzaju świadczonych usług,
- rozliczania zakładu/ośrodka kosztów z płatnikiem za wykonane usługi,
- alokacji zasobów wewnątrz zakładu,
- rozliczania zakładu z dokonań oraz
- ustalania cen usług medycznych.

To, ile faktycznie kosztuje lub będzie kosztować jednostka usługi medycznej, powinno być punktem wyjścia przy podejmowaniu wielu decyzji zarządczych w zakładach opieki zdrowotnej. Wykonując usługi medyczne, oferują one, na wciąż rozwijającym się rynku świadczeń zdrowotnych, produkt, jakim jest proces wyleczenia pacjenta z dolegliwości. Proces ten podlega mechanizmom rynkowym – kupna i sprzedaży, dlatego też powinien posiadać określoną cenę sprzedaży, ustalaną według pewnych, konkretnych formuł z uwzględnieniem najważniejszych czynników determinujących jej wysokość.

Cena jest wyrażoną w pieniądzu wartością danego produktu (usługi). Wyraża ona wartość przedmiotu (produktu, usługi), transakcji rynkowej zgodną z oczekiwaniami kupującego i sprzedającego, określaną najczęściej w ujęciu monetarnym.

W sferze zarządzania ochroną zdrowia cena jest pojęciem stosunkowo nowym. W przeszłości kierownicy jednostek opieki zdrowotnej nie musieli brać pod uwagę takich elementów, jak zysk lub strata czy też koszt i cena. Jednostki opieki zdrowotnej nie sprzedawały usług, lecz otrzymywały tzw. budżet globalny, zależny nie od liczby udzielanych świadczeń, lecz od wielkości struktury (np. liczby zatrud-

nionych, liczby łóżek szpitalnych itp.). W większości nie znały one nawet kosztów swojego funkcjonowania.

Obecnie największym problemem jest właściwe ustalenie cen usług medycznych tak, aby zapewnić świadczenie usług medycznych na wysokim poziomie, akceptowanym przez płatników (NFZ, organ założycielski, indywidualni pacjenci), i uzasadnionych stanem zdrowia pacjentów. Ponadto powinny one umożliwić pozyskanie niezbędnych środków finansowych na działalność statutową jednostki.

Wśród tych zagadnień szczególnego znaczenia nabiera kwestia płatnika za usługi medyczne, a więc to, dla kogo ustalamy cenę (odbiorca – płatnik). Istotne jest bowiem, czy jest to indywidualni pacjent, który sam płaci za wykonywane usługi, czy też płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ jest obecnie realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i powstał w celu ujednoczenia w całym kraju zasad kupna i finansowania świadczeń zdrowotnych. Narzędziem łączącym świadczeniodawców i NFZ są kontrakty, które określają powiązania finansowe pomiędzy nabywcą usług medycznych a ich dostawcami. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ są umowy zawarte między funduszem a zakładami opieki zdrowotnej, a główną ich pozycję stanowi kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców. Kwota ta jest jednak istotnym ograniczeniem przy zawieraniu umów kontraktowych, gdyż nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym, które zależą od ogółu środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia. Ograniczenia te w znacznym stopniu zmniejszają swobodę w kształtowaniu cen usług medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Mimo to, aby zakłady opieki zdrowotnej stawały się rentowne i mogły działać w warunkach gospodarki rynkowej, konieczne jest ustalenie cen usług medycznych, cen opartych na rzetelnej i jasnej informacji kosztowej, której źródłem jest prawidłowo prowadzony rachunek kosztów.

Zastosowanie metod kosztowych w kształtowaniu cen usług medycznych wymaga znajomości nie tylko rzeczywistych kosztów działalności zakładów opieki zdrowotnej i kosztów realizowanych przez nie usług medycznych, ale także czynników, które mają znaczący wpływ na te koszty. Ważne jest także rozeznanie struktury kosztów i ich reakcji na zmiany wielkości świadczonych usług oraz określenie rodzajów i elementów kosztów, zarówno rzeczowych, jak i osobowych, które stanowią konstrukcję nośną cen świadczeń medycznych. Równie istotne jest określenie, jakie koszty powinny stanowić podstawę konstrukcji cen usług zdrowotnych. Czy powinny to być koszty rzeczywiste bieżącego okresu, czy planowane; koszty zależne od jednostki, czy średnie koszty określonych usług funkcjonujących na rynku; koszty stałe czy zmienne?

Przyjęcie metod kosztowych nie oznacza jednak całkowitej rezygnacji z obserwacji rynku usług zdrowotnych, na którym występują inne podmioty, zarówno usługobiorcy, jak i konkurenci. Pozwala to na rozpoznanie wielkości popytu na usługi medyczne w zakresie rodzaju poszukiwanych usług, ich liczby, rozmieszczenia geograficznego oraz rodzaju i wielkości odbiorców.

## 5. Podsumowanie

Wprowadzenie zasady finansowania usług medycznych, opartej na zawieraniu kontraktów przez płatników instytucjonalnych, wymaga posiadania przez zakłady opieki zdrowotnej umiejętności dokładnego wyliczenia kosztu leczenia danej jednostki chorobowej czy konkretnego pacjenta. Informacje te powinny stanowić podstawę ustalania cen usług kontraktowanych przez płatników, przewidywania skutków finansowych zawartych kontraktów, jak również służyć do podejmowania trudnych, lecz w praktyce nieuniknionych decyzji restrukturyzacyjnych. Wycena kosztów świadczeń zdrowotnych powinna stanowić także podstawę decyzji podejmowanych przez administracje centralne każdego kraju, w którym ochrona zdrowia znajduje się na poziomie akceptowanym, zarówno z punktu widzenia świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców, a także z punktu widzenia płatnika (np. NFZ).

Niestety, obecnie większość szpitali nie posiada rzetelnych, wiarygodnych i rzeczywistych informacji kosztowych lub są one niekompletne. Szacowanie kosztów z reguły przebiega z różnym stopniem dokładności, gdyż dokonywane jest przez zakłady opieki zdrowotnej na ich własne potrzeby i nie stanowi punktu odniesienia do ustalania cen. Punktem odniesienia są najczęściej ceny z lat ubiegłych i wnioski płynące z analizy wyników finansowych osiągniętych w minionych latach oraz informacje dotyczące konkurentów (dane dotyczące podpisanych kontraktów są jawne i można mieć do nich dostęp na stronie internetowej NFZ). Z punktu widzenia płatnika (np. NFZ) taką samą rolę odgrywa informacja z wykonania kontraktów w latach ubiegłych, wielkość środków finansowych przeznaczonych na rok bieżący oraz prognoza zapotrzebowania na usługi medyczne w danym roku.

Tak więc ceny wynikające z kontraktów nie mają często związku z kosztami ponoszonymi przez zakłady opieki zdrowotnej. Podstawową przyczyną tych rozbieżności jest nieuwzględnianie informacji kosztowych dotyczących świadczonych usług medycznych w procesie negocjowania wartości kontraktów. Ponadto wysiłek i zaangażowanie, jakie muszą wnieść zakłady opieki zdrowotnej w stworzenie systemu gromadzenia, przetwarzania i aktualizowania danych medyczno-finansowych, w sytuacji niewykorzystywania tych informacji, nie przekłada się na wymierne efekty w procesie negocjowania cen usług medycznych z płatnikiem.

## Literatura

- Bryła A., *Koszty postulowane w konstrukcji modelu rachunku kosztów usług medycznych*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, red. T. Kiziukiewicz, Print Group Daniel Krzanowski, Szczecin 2006.
- Gierusz J., *Koszty w świetle nadrzędnych zasad rachunkowości. Pojęcia. Klasyfikacja. Zakres ujawnień*, ODDK, Gdańsk 2005.
- Hass-Symotiuik M., *Integracja rachunku kosztów z rachunkiem efektów zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa, Poznań 1999.

- Hass-Symotiuk M., *Pomiar kosztów i przychodów oraz ustalanie wyniku finansowego zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
- Hass-Symotiuk M., *Systematyka kosztów na potrzeby zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Print Group Daniel Krzanowski, Szczecin 2005.
- Hendriksen E.A, Breda M.F.V., *Teoria rachunkowości*, PWN, Warszawa 2002.
- Janik W., *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w Jednostkach Ochrony Zdrowia” 2004 nr 7.
- Jędrzejak B., *Specyfika kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Print Group Daniel Krzanowski, Szczecin 2005.
- Kogut J., *Istota i klasyfikacja kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, red. T. Kiziukiewicz, PPH Zapol, Szczecin 2004.
- Kogut J., *Kategoryzacja kosztów dla potrzeb podejmowania decyzji zarządczych*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, red. T. Kiziukiewicz, PPH Zapol, Szczecin 2005.
- Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
- Nowak E., *Rachunek kosztów przedsiębiorstwa*, Ekspert, Wrocław 2001.
- Podstawy rachunkowości*, red. K. Sawicki, PWE, Warszawa 2002.
- Rachunek kosztów*, red. K. Sawicki, Fundacja Rozwoju Rachunkowości, Warszawa 1996.
- Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998 nr 164, poz. 1194.
- Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości, DzU 2002 nr 76, poz. 694 z późn. zm.
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408 z późn. zm.

## **COST INFORMATION IN THE PROCESS OF SETTING PRICES FOR MEDICAL SERVICES**

### **Summary**

The functioning of health care institutions in new market conditions has changed significantly. An increase in health care units' independence and responsibility of their management for taken up decisions has been widely registered. Among these decisions major importance is associated with price oriented decisions referring to setting prices for health services. A correctly set price for such service should be based on knowledge of costs and it constitutes the basis for obtaining indispensable financial means by the service providers and what results from it ensures high quality of services, accepted by the payers and grounded by the health condition of patients.