

Marek Pauka, Paweł Prędkiewicz

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ASPEKTY KOSZTOWE I PRZYCHODOWE KONTRAKTÓW W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wprowadzenie

Od momentu, kiedy w branży usług medycznych pojawił się kapitał prywatny, nastawiony na zysk, kluczowa dla zarządzających takimi instytucjami stała się umiejętność określania, czy realizacja danego kontraktu, świadczenia usług medycznych jest rentowna. Skutecznego zarządzania, a więc takiego, którego efektem jest generowanie nadwyżek dla właścicieli – kapitałodawców, wymaga się dziś również od menedżerów w służbie zdrowia¹.

Niepewność branży, ciągle zmiany zasad działania – prawne i organizacyjne, dychotomiczny charakter konkurencji (jednostki publiczne, często kierujące się niekoniecznie rachunkiem ekonomicznym, a z drugiej strony podmioty o wyłącznie komercyjnym nastawieniu) oraz bardzo roszczeniowo nastawieni klienci to cechy, które należy uwzględnić w analizie rentowności. Celem artykułu jest ocena praktyk stosowanych w zakresie kalkulacji kosztowo-przychodowych w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce.

2. Reformy opieki zdrowotnej w Polsce

Od początku lat dziewięćdziesiątych w Polsce system opieki zdrowotnej ulega ciągłym zmianom. Do roku 1999 zmiany miały głównie charakter ewolucyjny

¹ A. Jabłoński, M. Jabłoński, *Wdrażanie strategicznej karty wyników w jednostkach służby zdrowia*, „Controlling” 2006 nr 6, s. 26.

i polegały na wprowadzaniu możliwości m.in. odchodzenia od budżetowego systemu finansowania ochrony zdrowia na rzecz kontraktów, przekształcania jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej². W roku 1999 weszła w życie ustawa o publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym, która zmieniła zasady funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ): wymusiła zmianę formy organizacyjno-prawnej na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), całkowicie zniósła finansowanie budżetowe na rzecz rocznych kontraktów z płatnikiem (kasami chorych), zadeklarowała równość zakładów publicznych i niepublicznych oraz zlikwidowała rejonizację w świadczeniu usług medycznych. Kolejne reformy³ nie wprowadzały już tak rewolucyjnych zmian.

Podstawowym aktem regulującym organizację ZOZ-ów jest wielokrotnie nowelizowana ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴. Ustawa wprowadza podział na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna w Polsce jest oparta na samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej posiadających osobowość prawną. Właścicielem SPZOZ jest najczęściej samorząd terytorialny odpowiedniego szczebla (urząd gminy dla podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych przychodni ambulatoryjnych, urząd powiatu dla szpitali rejonowych i urzędy marszałkowskie dla szpitali specjalistycznych). Oprócz samorządowych SPZOZ istnieją jeszcze jednostki podlegające ministerstwu lub państwowej uczelni medycznej⁵. SPZOZ charakteryzuje się specyficzną formą organizacji i systemem zarządzania nie spotykanym w innych sektorach gospodarki (m.in. brak możliwości upadłości, ograniczenia decyzyjne organów zarządzających w porównaniu z podmiotami opartymi na kodeksie spółek handlowych)⁶. Podstawowym źródłem finansowania dla większości ZOZ-ów jest kontrakt z NFZ, jednak w zależności od rodzaju właściciela możliwe są różne dodatkowe kanały finansowania (dotacje, współpłacenie pacjentów). SPZOZ znajdują się w gorszym położeniu, ponieważ nie mogą pobierać opłat od pacjentów objętych publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym. Te ograniczenia nie obejmują niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Całkiem inaczej wygląda również zarządzanie ZOZ-em w zależności od jego formy organizacyjno-prawnej oraz rodzaju jednostki: świadczenia ambulatoryjne lub lecznictwo zamknięte. Utrudnia to, a czasami wręcz uniemożliwia stworzenie ujednoliconej metodologii oceny funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

² K. Obłój, M. Ciszewska, A. Kuśmierz, *Strategia szpitali w warunkach reform*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2004, s. 72.

³ Ustawa z 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003 nr 45, poz. 339; Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.

⁴ Ustawa z 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408.

⁵ Art. 8 ust. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408.

⁶ Dział II ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408, szerzej J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 165.

Dalsza część rozważań będzie poświęcona jednostkom udzielającym świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych porad ambulatoryjnych, ale część wniosków można odnieść również do innych podmiotów.

3. Specyfika kosztów w służbie zdrowia

Specyfika działania zakładów opieki zdrowotnej przejawia się charakterystyczną strukturą kosztów operacyjnych. Jest to cecha, którą można przypisać jednostkom świadczącym usługi. Muszą się one wykazywać odpowiednim potencjałem, którego utrzymanie jest związane z ponoszeniem relatywnie wysokich kosztów stałych. W służbie zdrowia, jak sama nazwa (*vide* „służba”) wskazuje, ważne jest zapewnienie warunków do świadczenia usług medycznych. Przede wszystkim należy ponieść wysokie nakłady na sprzęt oraz na bieżące wynagrodzenia kadry.

Przy kalkulacji cen produktów medycznych standardowe podejście zakłada, iż wystarczy „rozpisać” produkt na koszty, które można bezpośrednio odnieść do danej usługi, czyli przede wszystkim:

- zużycie materiałów bezpośrednich,
- zużycie energii i innych mediów (np. woda),
- koszty związane z wykorzystywaniem maszyn i urządzeń,
- koszty pracy,
- inne.

Jednak takie podejście może prowadzić do zaniżania kosztów faktycznych. Zużycie materiałów podawane jest najczęściej w jednostkach naturalnych. Należałoby przy tym uwzględnić wielkość wykorzystywanych opakowań i sposób zużycia oraz to, czy dane materiały nadają się do powtórnego wykorzystania. Bardzo ważna jest data przydatności do użytkowania poszczególnych materiałów, co często może oznaczać, iż kupowanie niektórych materiałów pakowanych w ilościach hurtowych prowadzi do ich psucia/starzenia się z powodu zbyt długiego cyklu ich wykorzystywania i do powstawania kosztów często nie branych pod uwagę w kalkulacji.

Zużycie energii określane jest zazwyczaj na podstawie czasu pracy urządzeń wykorzystywanych w trakcie świadczenia usługi medycznej. Przy dokładnych obliczeniach ważne jest uwzględnienie, czy dane urządzenie wymaga dodatkowego czasu na osiągnięcie pełnej mocy (np. rozgrzanie się czy też ochłodzenie), czy inaczej pracuje, kiedy jest wykorzystywane jednorazowo, a inaczej, jeśli korzysta się z niego przez dłuższy okres (wielokrotnie).

Kalkulując zużycie maszyn i urządzeń, można by się posłużyć informacją od producenta, określającą maksymalne obciążenie czy liczbę możliwych świadczeń w okresie życia urządzenia. Jednak w praktyce na potrzeby rachunkowości (czy to podatkowej, czy bilansowej) stosowana jest amortyzacja liniowa, a nie według naturalnego zużycia. Takie różnice w ocenie rentowności, a potem w praktycznym naliczaniu amortyzacji powodują, że faktyczne (a może lepsze byłoby słowo: przy-

pisane) koszty związane z korzystaniem ze środków trwałych są wyższe niż planowane na potrzeby wyznaczenia ceny usługi. Zatem stały charakter tych kosztów sprawia, iż nie powinno się ich kalkulować na podstawie zużycia „naturalnego”. Komplikacją w branży usług medycznych jest to, iż trudno oszacować średnią liczbę świadczonych usług w analizowanym okresie (np. w miesiącu czy roku).

Podobnie wygląda problem z kalkulacją kosztów pracy. Przypisywanie bezpośredniego kosztu, związanego z ilością czasu poświęconą na wykonanie usługi, nie oddaje rzetelnie istoty usług medycznych. Pracownicy służby zdrowia „stoją w gotowości”, żeby świadczyć usługi, co nie oznacza jednak, że je świadczą *non stop*. Przy tradycyjnym podejściu, kiedy jako koszt wpisywana jest liczba jednostek czasu pomnożona przez stawkę jednostkową pracownika, koszty pracy są заниżane. Koszty pracy mają charakter stały, mimo że usługa jest wykonywana przez określony czas i można obliczyć dokładnie jej wartość. Jednak należy wówczas jako punkt wyjścia przyjąć określoną liczbę świadczeń, np. w dniu, a następnie odnieść to do dziennych kosztów pracy. Rozpoczęcie obliczeń od ustalenia czasu przeznaczanego na konkretne świadczenie medyczne nie oddaje stanu rzeczy, zwłaszcza w jednostkach takich jak przychodnie, gdzie nie zawsze lekarz i personel pomocniczy są obciążeni pracą przez cały czas.

Warto również zwrócić uwagę, iż z reguły relatywnie największą część kosztu jednostkowego danej procedury medycznej stanowią koszty pracy. Skupianie uwagi na wyliczaniu wszystkich, nawet najdrobniejszych kosztów materiałowych w takim przypadku mija się z celem.

4. Przychody zakładów opieki zdrowotnej

Praktycznie w każdej jednostce można wyróżnić usługi/produkty bardzo zyskowne oraz takie które charakteryzuje niska rentowność. Szczególnie zauważalne jest to w opiece zdrowotnej, gdzie szeroko akcentowana jest zasada solidarności. Widać to zarówno na poziomie składek na ubezpieczenie zdrowotne (osoby lepiej zarabiające płacą więcej), jak i na poziomie finansowania świadczeń (niektóre procedury są wysoko rentowne, inne przynoszą niewielki zysk lub nawet stratę)⁷. Często procedury nierentowne są warunkiem koniecznym do otrzymania prawa do świadczenia usług wysoko zyskowych.

Większość środków zakłady opieki zdrowotnej pozyskują w ramach kontraktu z NFZ. Świadczenia udzielane przez ZOZ mogą być rozliczane poprzez⁸:

- a) kapitacyjną stawkę roczną,
- b) cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (punkt, porada, osobodzień),
- c) ryczałt.

⁷ T. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 205.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU 2005 nr 197, poz. 1643.

Dodatkowe przychody ZOZ-y mogą osiągnąć poprzez umowy z innymi jednostkami oraz poprzez oferowanie odpłatnych świadczeń dla pacjentów (głównie NZOZ). Zwykle stosowaną formą jest tutaj *fee-for-service*, czyli płatność za usługę. Najczęściej świadczenia udzielane w ramach kontaktu są usługami słabo zyskowymi, natomiast świadczenia komercyjne zwykle mają wyższą marżę zysku.

Przy kalkulacji zyskowności poszczególnych świadczeń ważną kwestią jest metoda obliczania przychodów za usługi. Przy uzależnieniu przychodów od liczby wykonanych świadczeń zapewniona jest równowaga finansowa: rosnące koszty (na skutek większej liczby świadczeń) są pokrywane przez rosnące przychody. Jak wspomniano wcześniej, głównym składnikiem kosztów ZOZ są wynagrodzenia, czyli koszty stałe, co powoduje znacznie szybszy wzrost wyniku finansowego niż wynikałoby to z prostej dynamiki przychodów. Jednak płatnik publiczny, chcąc ograniczyć wzrost kosztów, zwykle wprowadza limity świadczeń, zastrzegając sobie prawo do nier refundowania tzw. nadlimitów. Stwarza to ryzyko dla zakładu opieki zdrowotnej, związane z pewnym wzrostem kosztów przy braku pewności co do otrzymania wynagrodzenia za udzielone świadczenia. Uznanie finansowanie „nadlimitów” powoduje niemożność określenia *ex ante* rentowności poszczególnych procedur, jest ona możliwa do oceny dopiero po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Inne zagrożenia są związane ze świadczeniami płatnymi na zasadzie ryczałtu lub stawki kapitałowej. Teoretycznie są one bezpieczniejsze z punktu widzenia ZOZ, ponieważ znana jest z góry wielkość przychodu i można w łatwy sposób sprawdzić, czy dany produkt jest zyskowy, czy też nie. Jednak możliwości wygenerowania dodatkowego zysku w tym wariantcie są ograniczone tylko do obszaru kosztowego.

Kolejną kwestią w obliczaniu rentowności poszczególnych świadczeń lub podjednostek są rozliczenia wewnątrzzakładowe, a dokładniej metody kalkulacji kosztów świadczeń zleconych pomiędzy poradniami. Szczególnie widoczne jest w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej czy medycyny pracy, które głównie kierują pacjentów do innych poradni (okulistycznej, laryngologicznej), oraz jednostkach typu diagnostycznego: laboratorium czy RTG, które świadczą usługi zarówno klientom zewnętrznym, jak i innym poradniom ZOZ. Można tutaj wyróżnić dwa skrajne rozwiązania:

- a) rozliczanie według cennika dla klientów zewnętrznych,
- b) rozliczanie według kosztów.

W pierwszym rozwiązaniu zysk jest w dużej części transferowany z jednostki kierującej do kierowanej, w drugim wariantcie zysk zostaje w jednostce pierwotnej. Czasami wybierana jest metoda pośrednia: małego narzutu zysku na koszty. Wybór metody może spowodować uznanie jednostki za bardzo rentowną lub też za przynoszącą straty. Jest to szczególnie widoczne w ramach dużych kosztów ogólnych, które są rozliczane według kosztów poszczególnych poradni. W tym wariantcie wysokie koszty usług generują dodatkowe koszty pośrednie wpływające negatywnie na wynik końcowy podjednostek.

5. Podsumowanie

Problem ustalania rentowności poszczególnych kontraktów nabiera coraz większego znaczenia również w przedsiębiorstwach świadczących usługi medyczne. Coraz większa konkurencja oraz dopływ prywatnego kapitału powodują, że coraz częściej wdrażane są systemy budżetowania⁹, których zadaniem jest m.in. również analizowanie opłacalności realizacji poszczególnych świadczeń medycznych tak, aby maksymalizować stopę zwrotu z zainwestowanego przez właścicieli kapitału. Należy przy tym uwzględnić społeczną rolę zakładów opieki zdrowotnej, w tym również szerszy i bardzo roszczeniowo nastawiony krąg interesariuszy. Problemem w kalkulowaniu cen i w wyznaczaniu rentowności kontraktów są wysokie koszty związane z utrzymaniem wysokiego potencjału – gotowości do świadczenia usług, nieregularność liczby świadczonych usług, limitowanie przychodów po zaniżonych stawkach w ramach kontraktów publicznych, a także rozdzielanie nadwyżek na koniec okresu rachunkowego jako wynagrodzenie za nadlimity w sposób arbitralny, niejasny dla poszczególnych jednostek.

Literatura

- Getzen T., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000.
- Jabłoński A., Jabłoński M., *Wdrażanie strategicznej karty wyników w jednostkach służby zdrowia*, „Controlling” 2006 nr 6.
- Kotarski R., *Jak przygotować koncepcję systemu budżetowania*, „Controlling” 2006 nr 7.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.
- Obłój K., Ciszewska M., Kuśmierz A., *Strategia szpitali w warunkach reform*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2004.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU 2005 nr 197, poz. 1643.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003 nr 45, poz. 339.
- Ustawa z 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408.

⁹ Więcej o tym np. w: R. Kotarski, *Jak przygotować koncepcję systemu budżetowania*, „Controlling” 2006 nr 7, s. 11.

COST AND REVENUE ASPECTS OF CONTRACTS IN HEALTH CARE CENTRES

Summary

In the paper, the authors discuss the problems that accompany calculating the rentability of contracts in health care centres. The main issue is a relatively huge level of fixed cost, dichotomous character of participants in the market (private aimed to gain profit and public). The traditional way of private business controlling has to be modified.