

**Zofia Skrzypczak**

Uniwersytet Warszawski

**Marta Szewczyk, Marian Zembala**

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

**RACHUNEK KOSZTÓW  
W PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ  
NA PRZYKŁADZIE  
ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHOROÓB SERCA**

**1. Wprowadzenie**

Celem opracowania jest omówienie istoty obecnie stosowanego rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, a także prezentacja oraz ocena wielkości i struktury kosztów w jednej z placówek – tj. Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu (ŚCCS). Analizą objęto lata 1999-2004; okres 6 lat wydał się autorom wystarczający, aby możliwe było sformułowanie pewnych wniosków i postulatów.

**2. Specyfika rachunku kosztów  
w publicznych zakładach opieki zdrowotnej**

W roku 1998 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało rozporządzenie w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach

opieki zdrowotnej<sup>1</sup>. Zgodnie z nim rachunek kosztów powinien umożliwić ustalenie zarówno całkowitych kosztów działalności jednostki, jak i kosztów jednostkowych usług medycznych. Rachunek kosztów ma dawać informacje potrzebne do ustalenia cen usług kontraktowanych przez płatników z zakładami opieki zdrowotnej świadczącymi usługi zdrowotne oraz dostarczać wiarygodnych danych do wykazania prawidłowego wyniku działania zakładu opieki zdrowotnej dzięki obliczaniu kosztów procedury medycznej.

Do roku 1999 szpitale i jednostki podstawowej opieki zdrowotnej były **finansowane podmiotowo**, tzn. środki przydzielane placówkom ochrony zdrowia były oparte na zasadzie budżetu historycznego – zależały od kosztów poniesionych w poprzednim roku, a powiększono je o kwotę równoważącą inflację. W szpitalach była finansowana baza; przydziały środków zależały od liczby łóżek szpitalnych, wyposażenia w aparaturę, liczby i struktury zatrudnionego personelu, poniesionych kosztów materiałowych itp. Wielkość przyznawanych środków nie była powiązana z zakresem i jakością usług świadczonych przez szpital.

W roku 1999 – wraz z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia – wprowadzono zmiany sposobu finansowania, oznaczające **finansowanie przedmiotowe** zakładów opieki zdrowotnej. Pierwszym etapem procesu określania kosztów przedmiotowych jest gromadzenie kosztów w układzie rodzajowym, z uwzględnieniem lokalizacji ośrodków kosztów.

**Ewidencja kosztów w układzie rodzajowym** obejmuje:<sup>2</sup>

- 1) zużycie materiałów, w tym: leków,
- 2) zużycie energii,
- 3) usługi obce, w tym: transportowe, medyczne obce,
- 4) podatki i opłaty,
- 5) wynagrodzenia, w tym: ze stosunku pracy, z umów zleceń i o dzieło,
- 6) świadczenia na rzecz pracowników, w tym: składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- 7) amortyzacja,
- 8) pozostałe koszty.

**Ośrodki kosztów** są to wszystkie komórki wyodrębnione organizacyjnie w strukturze zakładu, na które jesteśmy w stanie rozliczyć koszty funkcjonowania jednostki. W zakładach opieki zdrowotnej wyodrębnia się trzy ośrodki kosztów<sup>3</sup>:

- **ośrodki kosztów działalności podstawowej** to ośrodki kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, np. oddziały szpitalne, poradnie, blok operacyjny, gabinety zabiegowe, a także inne ośrodki wykonujące procedury medyczne,

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998 nr 164, poz. 1194.

<sup>2</sup> *Ibidem*, §2 pkt 2.

<sup>3</sup> *Ibidem*, §1 pkt 2.

- **ośrodki kosztów działalności pomocniczej** to ośrodki kosztów związanych z wykonywaniem działalności wspomagającej działalność podstawową, np. apteki, pralnie, kuchnie itp.,
- **ośrodki kosztów zarządu** to ośrodki kosztów związanych z zarządzaniem zakładem jako całością; są to komórki administracji i zarządu, których koszty mają charakter kosztów ogólnozakładowych.

Nośnikami kosztów w ośrodkach kosztów działalności podstawowej, będących oddziałami szpitalnymi, są: **osobodzień opieki oraz pacjent z przypisanymi na jego rzecz lekami i procedurami medycznymi**. W pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej – nośnikami kosztów są **procedury medyczne**.

Tak szczegółowy rachunek kosztów pozwala dokładniej wyliczyć koszt leczenia stacjonarnego czy porady medycznej, a także badań diagnostycznych. Daje menedżerom opieki zdrowotnej informacje niezbędne do prawidłowego podejmowania decyzji zarządczych wewnątrz jednostki, a zwłaszcza zaś decyzji o wysokości i sposobie alokacji środków finansowych nieodczynnych w procesie świadczenia usług zdrowotnych.

### 3. Struktura kosztów w Śląskim Centrum Chorób Serca

**Koszty bezpośrednie** są to koszty, które można jednoznacznie przypisać nośnikom wyróżnionym w ośrodkach kosztów na podstawie dokumentów źródłowych zużycia; można je powiązać z określonym ośrodkiem kosztów (usługa medyczna, procedura medyczna, grupa asortymentowa świadczeń zdrowotnych itp.). Zmiana systemu finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej wymusiła wprowadzenie korekt w rachunku kosztów. Od 1 stycznia 1999 r. rozszerzono rachunek kosztów bezpośrednich o następujące elementy składowe: amortyzacja, podatki i opłaty, usługi obce oraz świadczenia.

**Koszty pośrednie** działalności podstawowej obejmują przede wszystkim koszty utrzymania w tzw. gotowości do działania poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, np. oddziałów szpitalnych, pracowni diagnostycznych, bloku operacyjnego.

W tabelach 1-2 przedstawiono informacje o strukturze kosztów poniesionych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1997-2004 (rozszerzenie w tej części opracowania danych empirycznych o lata 1997-1998 umożliwiło pokazanie zmian w strukturze kosztów, które przyniosła reforma rachunku kosztów i systemu ochrony zdrowia).

Tabela 1. Struktura kosztów w Śląskim Centrum Chorób Serca w latach 1997-2004 (w procentach)

Wyszczególnienie	Lata							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Koszty bezpośrednie	58,6	69,0	89,6	87,7	87,2	88,0	88,0	88,2
Koszty pośrednie	41,4	31,0	10,4	12,3	12,8	12,0	12,0	11,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

W latach 1997-1998 koszty pośrednie stanowiły ok. 30-40% ogółu kosztów. Począwszy od 1999 r. – po reformie rachunku kosztów – koszty pośrednie zawierały się w przedziale 10-12%. Koszty bezpośrednie stanowiły prawie 90% poniesionych kosztów – tak znaczący wzrost udziału kosztów bezpośrednich był efektem przeniesienia do tej kategorii kosztów amortyzacji, usług obcych itp.

W tabeli 2 przedstawiono strukturę kosztów bezpośrednich.

Tabela 2. Struktura kosztów bezpośrednich w Śląskim Centrum Chorób Serca w latach 1997-2004 (w procentach)

Wyszczególnienie	Lata							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Koszty osobowe	40,2	33,2	29,6	26,7	24,7	23,9	23,8	23,5
Koszty leków	35,4	29,4	14,6	11,3	11,5	11,7	11,0	10,4
Koszty materiałów	17,6	30,2	37,5	38,5	37,7	40,2	40,0	41,2
Pozostałe koszty	6,8	7,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Amortyzacja			2,9	5,2	5,5	5,4	5,6	4,3
Usługi obce			7,5	9,1	10,5	8,7	9,4	10,0
Podatki i opłaty			1,2	1,7	3,2	4,1	4,5	5,0
Świadczenia			6,5	7,2	6,5	5,7	5,4	5,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

W latach 1997-1998 dominującą pozycję w kosztach bezpośrednich stanowiły koszty osobowe (40,2% w 1997 r. i 33,2% w 1998 r.), w kolejnych latach udział ten nadal wykazywał tendencję spadkową (w latach 2001-2004 był niższy niż 25%).

Zdecydowaną tendencję spadkową miał – w całym analizowanym okresie – również udział kosztów leków. Wynikało to z lepiej prowadzonej gospodarki le-

kami, a także było efektem przeprowadzania przetargów na zakup leków (zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych).

Dominującą pozycją w układzie rodzajowym kosztów stały się w kolejnych latach koszty materiałów; w latach 2002-2004 ich udział przekroczył 40%. Wiązało się to z większą liczbą pacjentów przyjmowanych do ośrodka i większą liczbą przeprowadzanych zabiegów.

Od roku 1999 – w wyniku modyfikacji rachunku kosztów – do kosztów bezpośrednich zalicza się również amortyzację, podatki i opłaty, usługi obce oraz świadczenia. Spośród tych nowych elementów największy udział w kosztach bezpośrednich miały usługi obce (wzrost w latach 1999-2004 z poziomu 7,5% do 10%).

Modyfikacja rachunku kosztów, dokonana w 1999 r., spowodowała, iż pojawiła się możliwość wyodrębnienia kosztów procedur medycznych. Procedura medyczna jest rozumiana jako „całość lub wyodrębniona medycznie część świadczenia zdrowotnego, która pociąga za sobą skutki finansowe” (rozporządzenie MZiOS). A zatem jest to element procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, który jest nośnikiem kosztów w ośrodku je wykonującym, a jednocześnie jest świadczeniem powtarzalnym i możliwym do samodzielnego wyodrębnienia.

W tabeli 3 wyróżniono zatem trzy elementy składowe kosztów: koszty procedur medycznych, koszty bezpośrednie i koszty pośrednie.

Tabela 3. Struktura kosztów (z uwzględnieniem kosztów procedur medycznych) w ŚCCS w latach 1999-2004

Rodzaje kosztów	Lata					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Koszty procedur medycznych	58,7	58,0	64,8	62,0	61,0	62,0
Koszty bezpośrednie	33,9	34,4	28,0	31,5	32,0	30,7
Koszty pośrednie	7,4	7,6	7,2	7,5	8,0	7,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS

Koszty procedur medycznych stały się w tej nowej sytuacji głównym elementem składowym kosztów – stanowiły one w latach 1999-2004 ok. 60% ogółu kosztów, wykazując niewielką tendencję wzrostową.

W tabeli 4 przedstawiono, dla poszczególnych oddziałów Śląskiego Centrum Chorób Serca, udział kosztów procedur medycznych w kosztach ogółem w latach 1999-2004.

W latach 1999-2004 udział kosztów procedur w kosztach poszczególnych oddziałów utrzymywał się na zbliżonym poziomie (poza nielicznymi wyjątkami). Natomiast ze względu na specyfikę oddziałów udział kosztów procedur w kosz-

tach poszczególnych oddziałów cechowały się znaczną odmiennością. Na przykład Oddział Przedoperacyjny wyróżniał się największym udziałem kosztów procedur medycznych w kosztach ogółem. W oddziale tym znajdują się pacjenci przygotowani do zabiegów kardiochirurgicznych, a zasadniczym elementem tych przygotowań jest diagnostyka wysokospecjalistyczna.

Tabela 4. Udział kosztów procedur medycznych w kosztach wytworzenia na poszczególnych oddziałach ŚCCS w latach 1999-2004 (w procentach)

Oddziały	Lata					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kardiologia I	74,6	70,9	72,3	72,8	73,5	72,0
Kardiologia II	75,3	71,9	71,1	66,1	65,8	67,6
Intensywny Nadzór Kardiologiczny	52,8	46,3	46,3	47,0	42,5	40,4
Obserwacyjny	76,2	80,5	82,9	84,1	84,7	84,2
Intensywny Nadzór Kardiologiczny Dzieci	9,2	10,1	18,7	9,4	6,6	13,9
Kardiochirurgia	60,0	48,9	51,0	53,0	52,2	57,5
Anestezjologii i Intensywnej Terapii I	17,7	18,5	21,3	19,4	20,3	19,4
Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci	13,2	32,0	91,1	14,9	13,0	15,9
Kardiologia Dzieci	63,9	67,7	67,9	69,5	75,4	73,8
Intensywny I	26,4	53,7	50,6	50,5	33,6	51,7
Intensywny II	29,6	51,8	49,1	47,9	47,4	30,8
Anestezjologii i Intensywnej Terapii II	27,5	33,6	29,6	28,9	23,1	30,8
Transplantacyjny	43,4	41,9	37,7	47,7	51,6	58,6
Intensywna Opieka Medycyny Transplantacyjnej	6,9	7,9	13,2	12,3	16,3	13,1
Przedoperacyjny	96,1	94,9	94,7	95,2	95,0	95,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

Oddziały intensywnej terapii wyróżniały się stosunkowo niskimi udziałami kosztów procedur, natomiast wyższe były na tych oddziałach udziały kosztów bezpośrednich w kosztach ogółem.

#### **4. Koszty hospitalizacji pacjenta, łóżka szpitalnego i osobodnia w Śląskim Centrum Chorób Serca**

W zmienionych warunkach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce istotnego znaczenia nabrały informacje o kosztach całkowitych i kosztach jednostkowych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Istotną modyfika-

cją rachunku kosztów było – jak już wspominaliśmy – wprowadzenie od 1999 r. pojęcia kosztów procedury medycznej. W tabeli 5 przedstawiono – dla lat 1999-2004 – koszt hospitalizacji pacjenta z procedurą medyczną.

Tabela 5. Koszt hospitalizacji pacjenta z procedurą medyczną w oddziałach ŚCCS w latach 1999-2004 (w tys. PLN)

Oddziały	Lata					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kardiologia I	3 424	4 144	3 815	4 381	3 904	3 534
Kardiologia II	3 406	3 875	3 417	3 167	3 153	3 562
Intensywny Nadzór Kardiologiczny	2 636	2 870	3 424	3 365	3 096	2 905
Obserwacyjny	4 929	6 767	7 551	8 051	7 767	4 398
Intensywny Nadzór Kardiologii Dzieci	1 589	2 091	2 513	2 394	2 049	1 874
Kardiochirurgia	2 704	3 326	3 217	3 700	3 562	3 878
Anestezjologii i Intensywnej Terapii I	3 464	3 917	4 330	4 450	4 054	4 151
Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci	4 037	6 549	4 790	5 668	6 263	5 621
Kardiologia Dzieci	2 833	3 946	3 070	2 974	3 281	3 636
Intensywny I	898	2 627	3 478	3 063	3 534	2 286
Intensywny II	1 652	2 635	3 518	2 891	3 011	2 247
Anestezjologii i Intensywnej Terapii II	1 009	1 264	1 225	1 331	1 086	1 186
Transplantacyjny	7 748	16 344	16 060	15 047	13 842	7 569
Intensywna Opieka Medycyny Transplantacyjnej	9 159	7 465	7 129	11 966	11 732	13 107
Przedoperacyjny	5 642	7 153	7 744	8 491	8 126	8 395

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

Największy wzrost kosztów hospitalizacji pacjenta z procedurą medyczną wystąpił w oddziałach: Intensywnej Opieki Medycyny Transplantacyjnej oraz Intensywnej Terapii. Na Oddziale Intensywnej Terapii wzrost był związany z większą liczbą pacjentów przyjmowanych do tzw. szybkiej diagnostyki inwazyjnej. W tabeli 6 przedstawiono – dla lat 1999-2004 – koszt łóżka szpitalnego z procedurą medyczną. Jest to koszt utrzymania łóżka zwiększony o koszty różnych zabiegów, diagnostyki, rehabilitacji itp.

Tabela 6. Koszt jednego łóżka szpitalnego z procedurą medyczną w ŚCCS w latach 1999-2004 (w tys. PLN)

Oddziały	Lata					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kardiologia I	12 346	15 955	18 703	22 644	24 143	25 122
Kardiologia II	15 380	19 777	22 256	21 449	20 831	23 188
Intensywny Nadzór Kardiologiczny	24 343	28 584	33 522	36 337	30 858	32 536
Obserwacyjny	54 942	93 052	126 484	149 940	148 213	150 999
Intensywny Nadzór Kardiologii Dzieci	6 177	9 142	11 254	11 252	10 701	12 584
Kardiochirurgia	15 180	16 299	21 896	26 944	26 292	28 713
Anestezjologii i Intensywnej Terapii I	35 937	46 419	53 948	57 891	53 885	57 217
Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci	17 747	30 561	26 447	32 592	29 490	30 449
Kardiologia Dzieci	11 366	19 607	22 670	24 579	25 490	25 194
Intensywny I	6 211	16 366	22 681	23 547	17 163	17 132
Intensywny II	9 876	19 101	20 448	19 513	24 778	20 480
Anestezjologii i Intensywnej Terapii II	16 722	23 164	23 149	25 426	20 839	23 505
Transplantacyjny	26 715	34 504	33 324	29 216	40 371	49 742
Intensywna Opieka Medycyny Transplantacyjnej	25 950	23 640	22 378	29 583	26 773	32 403
Przedoperacyjny	68 826	97 401	106 612	133 442	141 529	170 410

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

Koszty łóżka szpitalnego z procedurą medyczną we wszystkich oddziałach ośrodka w latach 1999-2004 miały tendencję wzrostową. Najwyższy koszt łóżka zanotowano w oddziałach: Obserwacyjnym i Przedoperacyjnym. W oddziałach tych przebywają pacjenci, którym wykonuje się drogie zabiegi medyczne. Na Oddział Obserwacyjny przyjmuje się pacjentów z zawałem, którym wykonuje się diagnostykę inwazyjną. Koszty tej wysoko specjalistycznej diagnostyki są wysokie. Podobnie sytuacja przedstawia się w Oddziale Przedoperacyjnym – na oddział ten przyjmowani są chorzy zakwalifikowani do zabiegu operacyjnego, którym wykonuje się dodatkowo specjalistyczną diagnostykę. Niższe koszty łóżek wystąpiły w oddziałach intensywnej terapii – natomiast, ze względu na specyfikę tych oddziałów, odnotowano w nich wysokie koszty leków. W tabeli 7 przedstawiono – dla lat 1999-2004 – koszt jednego osobodnia z procedurą medyczną w oddziałach ŚCCS.



Tabela 7. Koszt jednego osobodnia z procedurą medyczną w ŚCCS w latach 1999-2004 (w tys. PLN)

Oddziały	Lata					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kardiologia I	426	571	667	867	799	819
Kardiologia II	535	643	680	703	655	699
Intensywny Nadzór Kardiologiczny	952	1 100	1 257	1 358	1 202	1 190
Obserwacyjny	2 336	4 009	5 163	6 079	5 938	5 529
Intensywny Nadzór Kardiologii Dzieci	342	477	751	738	739	661
Kardiochirurgia	678	678	869	1 099	1 021	1 111
Anestezjologii i Intensywnej Terapii I	1 634	1 982	2 292	2 287	2 087	2 079
Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci	1 529	1 948	1 511	1 729	1 535	1 763
Kardiologia Dzieci	638	880	881	912	1 062	1 341
Intensywny I	218	566	772	851	975	625
Intensywny II	615	651	695	713	886	717
Anestezjologii i Intensywnej Terapii II	347	848	773	870	721	809
Transplantacyjny	994	1438	2 200	1 935	1 868	2 263
Intensywna Opieka Medycyny Transplantacyjnej	1 396	1 211	1 574	1 737	1 206	1 931
Przedoperacyjny	3 241	4 300	5 389	6 426	6 487	7 288

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ŚCCS.

Najwyższe koszty osobodnia z procedurą medyczną, ze zdecydowaną tendencją wzrostową, odnotowano na Oddziale Przedoperacyjnym i Obserwacyjnym – przyczyną tego stanu rzeczy jest szczególnie wysoki koszt procedur medycznych, obejmujących pacjentów z zawałem (diagnostyka inwazyjna) i chorych zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego (dodatkowa, specjalistyczna diagnostyka). Należy wspomnieć również o skróceniu – w analizowanym okresie – czasu pobytu pacjenta w szpitalu; fakt ten wpływa na wzrost kosztów osobodnia, kosztów hospitalizacji i pacjenta.

## 5. Podsumowanie

Od roku 1999 obowiązują w Polsce nowe zasady finansowania sektora ochrony zdrowia, wynikające z przejścia z budżetowego systemu finansowania na ubezpieczeniowy.

Głównym celem rachunku kosztów jest dostarczanie informacji na temat kosztu działalności jednostki ochrony zdrowia, stanowiącego podstawę do ustalenia cen rozliczeniowych za usługi. Aby sprostać tym zadaniom, rachunek kosztów uległ

stosownej modyfikacji. Zdefiniowano ośrodki kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [Rozporządzenie... 1998 r.], wyodrębniając trzy rodzaje ośrodków kosztów. Umożliwiono również ustalanie poziomu takich kosztów, jak: koszt osobodnia pobytu pacjenta na danym oddziale, koszt łóżka na oddziale, koszt pacjenta hospitalizowanego, a także koszt procedury medycznej. Tak prowadzony rachunek kosztów w placówkach ochrony zdrowia umożliwił wyliczenie rzeczywistych kosztów leczenia pacjenta.

W przedstawionej pracy pokazano zmiany struktury kosztów w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze przed wprowadzeniem reformy, tj. w latach 1997-1998, oraz po wprowadzeniu reformy, tj. w latach 1999-2004. Zmiany systemowe rachunku kosztów umożliwiły m.in. ustalenie poziomu kosztów procedur medycznych ponoszonych przez szpital na leczenie pacjenta.

Mamy świadomość, iż informacje na temat wysokości poniesionych kosztów są niezbędne do prawidłowego i efektywnego zarządzania zakładem ochrony zdrowia, poprawne prowadzenie rachunków kosztów umożliwia m.in. regularne monitorowanie kosztów.

## Literatura

- Hass-Symotiuik M., *Sprawozdawczy rachunek kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, „Rachunkowość Zarządcza” 2004 nr 4(10).
- Korporowicz V., Zwierowicz J., *Rachunek kosztów jako element zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, SGH, Warszawa 2004.
- Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
- Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998 nr 164, poz. 1194.
- Szewczyk M., *Przemiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1997-2004 na przykładzie Śląskiego Centrum Chorób Serca*, praca magisterska, WSPiZ, Warszawa 2005.
- Tymowska K., *Założenia i rzeczywistość w reformie ochrony zdrowia*, „Gabinet Prywatny” 2000 nr 1.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.

---

## **COST ACCOUNT IN A PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTION ON THE EXAMPLE OF REPORTS OF THE SILESIAN CENTER OF HEART DISEASES**

### **Summary**

The article presents changes implemented to cost account in the Silesian Center of Heart Diseases between 1997 and 2004. New local regulations – the Ministry of Health ordinance, which became the major driver of the change, introduced strict rules regarding profit and loss account.

Current methods of cost account in health care institutions should enable precise calculation of costs incurred on particular patients and, subsequently, cost of treatment of particular clinical entities.

The authors analyzed direct and indirect costs borne by public health care institutions. Additionally, they demonstrated the average cost of hospitalization, hospital bed and daily cost of treatment and hospitalization, including average outlays on particular medical procedures in the Silesian Center of Heart Diseases between 1999 and 2004.