

Beata Lewicka

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

PRAKTYCZNE ASPEKTY BUDŻETOWANIA W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wstęp

Reforma służby zdrowia, pogłębiające się kłopoty finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) oraz system kontraktowania usług medycznych przyczyniły się do zwrócenia uwagi na problemy zarządzania finansami tych zakładów. Jednym z najistotniejszych problemów związanych z funkcjonowaniem tych placówek stały się generowane przez nie koszty. Poziom kosztów w zakładach opieki zdrowotnej zdeterminowany był w znacznej mierze warunkami organizacyjnymi i technicznymi ukształtowanymi przed reformą, kiedy efektywność nie była najważniejszym problemem kierownictwa zakładów. Placówkom służby zdrowia, przy obowiązującym wówczas niepełnym rachunku kosztów (np. nie naliczano amortyzacji) i przychodach niezwiązanych z liczbą świadczonych usług, obce były zasady samofinansowania.

Po reformie sytuacja zaczęła się istotnie zmieniać. Mimo niedoskonałości przyjętych rozwiązań skierowano uwagę zarządów zakładów opieki zdrowotnej na konieczność wzajemnego dostosowania przychodów i kosztów. Pojawił się problem deficytu spowodowanego niewspółmiernie wysokimi kosztami w stosunku do realizowanych przychodów. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanęły przed koniecznością analizy, oceny i redukcji kosztów. Zarządzanie kosztami stało się jednym z podstawowych zadań na obecnym etapie rozwoju SPZOZ. Zadanie to wymaga przeniesienia odpowiedzialności za ich poziom ze szczebla kierownictwa zakładu na komórki, które je generują. Możliwe jest to poprzez wdrożenie odpowiedniego systemu budżetowania kosztów oraz systemu ewidencyjnego umożliwiającego prawidłowe przypisanie kosztów rzeczywistych do konkretnych komórek organizacyjnych czy stanowisk.

Rosnące koszty działalności, a co za tym idzie koszty świadczeń zdrowotnych i zwiększające się potrzeby zdrowotne ludności wymagają zwrócenia uwagi na problematykę kosztów usług medycznych, ich planowania i kontroli.

Rolę nowoczesnego instrumentu wspomagającego funkcję zarządzania w SPZOZ odgrywa controlling, będący „instrumentem zarządzania, wspierającym menedżerów w sterowaniu przebiegiem procesów gospodarczych zachodzących w przedsiębiorstwie oraz koordynowaniem ich działalności z punktu widzenia przedsiębiorstwa jako całości dla osiągnięcia założonych celów” [4, s. 149].

2. Budżetowanie w SPZOZ

Instrumentem controllingu mogącym przysporzyć wymierne korzyści dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest budżetowanie rozumiane jako „proces obejmujący całokształt działań związanych ze sporządzaniem i kontrolą budżetu” [3, s. 16-17]. Obecnie najważniejszym wyzwaniem, jakiemu musi sprostać kadra kierownicza SPZOZ, jest optymalne wykorzystanie zasobów będących w dyspozycji danej jednostki.

W polskim systemie ochrony zdrowia efektywne budżetowanie nie ma długiej i dobrej tradycji. Przed reformą systemu ubezpieczeń zdrowotnych budżety placówek służby zdrowia opracowywano na szczeblu ministerialnym lub wojewódzkim, bez udziału kierownictwa placówek medycznych. „Zależało to od poziomu referencyjnego świadczonych usług. Wykonanie tych budżetów nie było kontrolowane, a przypadku przekroczenia budżetu nie egzekwowano odpowiedzialności kierownictwa z tego tytułu. O wielkości środków finansowych przeznaczonych na działalność tych jednostek decydowały bowiem uwarunkowania historyczne, a nie zapotrzebowanie na usługi medyczne i ich realizacja. W przypadku niedoboru środków na usługi i konieczności ich zmniejszenia następowało ich ograniczenie bez względu na uprzednio przyjęte priorytety”[2].

Budżetowanie jako nowoczesna i skuteczna metoda zarządzania jednostką pozwala na wczesne wykrywanie nieprawidłowości, decentralizuje zarządzanie, przenosząc odpowiedzialność za finanse na niższe szczeble zarządzania, co pozwala skutecznie ograniczyć koszty w zakładzie opieki zdrowotnej.

Kierownicy ośrodków budżetowych (np. ordynator i oddziałowa oddziału szpitalnego) otrzymują dodatkowe kompetencje, wzrasta ich rola i odpowiedzialność. Do zakresu obowiązków dołącza się odpowiedzialność za sporządzanie budżetów, sprawowanie odpowiedzialności nad limitem kosztów, planem przychodów, za analizowanie wykonania budżetu czy ewentualne odchylenia w budżecie.

Głównym narzędziem planowania jest budżetowanie, natomiast planowane działania przekładają się na budżety. Budżet to krótkookresowy plan działania wraz

z zapewnieniem odpowiedniej wysokości środków na jego realizację. Budżet to inaczej plany SPZOZ na przyszłość wyrażone w wielkościach finansowych.

3. Budżet kosztów SPZOZ

Budżety kosztów poszczególnych ośrodków budżetowych składają się z:

- 1) kosztów stałych bezpośrednich,
- 2) kosztów zmiennych bezpośrednich,
- 3) kosztów zmiennych pośrednich.

Koszty stałe są jednocześnie kosztami niekontrolowanymi, na których wysokość nie mają wpływu kierownicy danego ośrodka budżetowego lub których wysokość nie ulega zmianie. Koszty te są kontrolowane na innym szczeblu zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, czyli na szczeblu dyrekcji. Koszty stałe w większości przypadków planuje się na bazie danych historycznych.

Koszty zależne od decyzji podejmowanych przez kierownictwo danego ośrodka to koszty zmienne. Na poziom tych kosztów mają wpływ zarówno kierownicy komórek, czyli ordynator i oddziałowa, jak i pracownicy niższego szczebla, np. lekarze, pielęgniarki, położne. Kierownictwo oddziału czy poradni powinno znać klucze podziałowe kosztów przypisywanych ich ośrodkom budżetowym.

Przykładowo do kosztów stałych bezpośrednich oddziału szpitalnego zalicza się:

1. Zużycie energii:

- energia elektryczna,
- opał.

2. Usługi obce:

- wywóz śmieci i dzierżawa pojemników,
- koszty łączności.

3. Podatki i opłaty:

- podatek od nieruchomości,
- opłata RTV.

4. Wynagrodzenia:

- wynagrodzenia ze stosunku pracy,
- z tytułu umów zleceń i o dzieło.

5. Świadczenia na rzecz pracowników, np. woda dla pracowników.

6. ZUS i inne narzuty na wynagrodzenia.

7. Pozostałe koszty stałe bezpośrednie.

Do kosztów zmiennych bezpośrednich w budżetach w SPZOZ zalicza się:

1. Zużycie materiałów:

- leki, tlen, środki opatrunkowe,
- sprzęt medyczny jednorazowy,

- krew i preparaty krwiopochodne,
 - bielizna i pościel,
 - artykuły żywnościowe dla chorych,
 - materiały do konserwacji sprzętu i urządzeń,
 - środki czystości,
 - materiały biurowe i druki.
2. Zużycie energii:
- woda.
3. Usługi obce:
- transportowe obce,
 - remontowe bieżące obce, konserwacja i naprawa sprzętu,
 - pralnicze,
 - zakup procedur medycznych (konsultacje, badania histopatologiczne, diagnostyczne zewnętrzne),
 - pozostałe usługi.
4. Wynagrodzenia:
- umowy cywilnoprawne (kontrakty lekarskie, pielęgniarskie).

Na koszty zmienne pośrednie składają się:

1. Apteka.
2. Izba przyjęć.
3. Blok operacyjny – koszty procedur zabiegowych.
4. Pracownia EKG.
5. Gabinety konsultacyjne, np. laryngologiczny.
6. Pracownia endoskopii.
7. Kuchnia.
8. Laboratorium centralne.
9. Prosektorium.
10. Rehabilitacja lecznicza.
11. Pracownia RTG.
12. Sterylizacja.
13. Tlenownia.
14. Transport.
15. Pracownia USG.
16. Sekcja czystości.
17. Składowanie materiałów medycznych skażonych do utylizacji.
18. Inne koszty zmienne pośrednie.

Powyższy podział kosztów zależy od specyfiki danej jednostki (SPZOZ) oraz od specyfiki funkcjonowania danego ośrodka budżetowego (oddziału, poradni). Budżety kosztów pomniejsza się o tzw. koszty ogólnozakładowe. Z kosztów tych powstaje budżet kosztów ogólnozakładowych, na które składają się:

1. Koszty ogólnozakładowe bezpośrednie:

- koszty amortyzacji,
- koszty ubezpieczeń majątkowych i OC,
- odpisy na ZFŚS,
- koszty szkoleń pracowników,
- PFRON,
- koszty reprezentacji i reklamy,
- podatek VAT.

2. Koszty ogólnozakładowe pośrednie:

- administracja, zarząd i zaplecze,
- kotłownia,
- obsługa techniczna.

W celu umożliwienia poprawnego i rzetelnego planowania i kontrolowania przez ośrodki budżetowe swoich wydatków w poszczególnych pozycjach kosztów wprowadza się system rozliczeń wewnętrznych między poszczególnymi komórkami samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, np. między pracownikami diagnostycznymi a oddziałami szpitalnymi czy poradniami. Obciążanie ośrodka „kupującego” (np. oddziału szpitalnego) usługą odbywa się na podstawie faktur wewnętrznych w oparciu o cenniki wewnętrzne. Cenniki wewnętrzne tworzone dla ośrodków usługowych rozliczanych „proceduralnie”, czyli za wykonaną procedurę, muszą być co pewnie czas weryfikowane z powodu wzrostu bądź spadku kosztów w ośrodkach wykonujących usługi.

4. Budżet przychodów SPZOZ

Na budżet przychodów w ośrodku budżetowym SPZOZ składają się:

1. Przychody z tytułu kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Przychody ze sprzedaży usług medycznych i niemedycznych:
 - odbiorcom zewnętrznym,
 - odbiorcom wewnętrznym.
3. Inne przychody.

Zgodnie z przyjętą zasadą tworzenia budżetu ogólnozakładowego budżet przychodów pomniejsza się o kwotę przeznaczoną na utrzymanie ogólnozakładowej działalności SPZOZ.

Budżet kosztów i budżet przychodów ustala się na podstawie danych historycznych. Stanowi to punkt wyjścia do ustalenia budżetu na dany okres. Przykład ustalania kosztów „wyjściowych” do budżetu na I kwartał 2005 r. na podstawie danych za I kwartał 2005 r. zawiera tab. 1.

Następnie z kosztów zmiennych wydziela się kwotę do zaoszczędzenia i pomniejszone o tę wartość koszty stają się planem na dany okres budżetowy (tab. 2).

Tabela 1. Tworzenie danych wyjściowych do budżetu oddziału internistycznego na podstawie danych z roku poprzedniego

Koszty wytworzenia w I kw. 2005 r.	Koszty ogólnozakładowe w I kw. 2005 r.	Koszty „wyjściowe” do tworzenia budżetu
711 546,90	79 875,70	631 671,20
Przychody ogółem w I kw. 2005 r.	„Skarbonka” – 11%	Przychody „wyjściowe” do tworzenia budżetu
700 650,00	77 071,50	623 578,50
Wynik finansowy „wyjściowy”		-8 092,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

Tabela 2. Wyodrębnienie kwoty „do zaoszczędzenia” w I kwartale 2006 r.

Koszty oddziału	Średnia kwartalna w 2005 r.	Kwota do zaoszczędzenia	Plan na I kwartał 2006 r.
Koszty stałe	258 814,74		258 814,74
Koszty zmienne	372 856,46	8 392,70	364 463,76
Razem	631 671,20	8 392,70	623 278,50

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

Opracowany budżet, z podziałem na szczegółowe pozycje kosztów i przychodów, przekazywany jest kierownikom ośrodków budżetowych do realizacji. Przykład skróconego budżetu prezentuje tab. 3.

Tabela 3. Budżet oddziału internistycznego na I kwartał 2006 r.

Budżet	Kwota
Przychody	623 578,50
Koszty	623 278,50
Wynik finansowy	300,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

Uzyskane przychody w okresie rozliczeniowym po potrąceniu przychodów na tzw. skarbonkę i koszty z wyłączeniem kosztów ogólnozakładowych stanowią podstawę do rozliczenia wykonanego budżetu (tab. 4 i 5).

Tabela 4. Realizacja przychodów w I kwartale 2006 r.

Uzyskane przychody w I kw. 2006 r.	Kwota	Skarbonka – 11%	Przychody do budżetu
	697 000,00	76 670,00	620 330,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

Tabela 5. Realizacja budżetu oddziału internistycznego w I kwartale 2006 r.

Budżet	Plan	Wykonanie
Przychody	623 578,50	621 600,00
Koszty	623 278,50	620 330,00
Wynik finansowy	300,00	1 270,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

5. Rozliczanie realizacji budżetów w SPZOZ

Kierownik działu controllingu, specjalista ds. budżetowania lub kierownik Sekcji analizy kosztów kontroluje, koordynuje cały proces budżetowania w SPZOZ. Odpowiada on także za jego przebieg. Osoba ta sporządza i udostępnia kierownikom ośrodków budżetowych oraz dyrektorowi okresowe sprawozdania z wykonania budżetu. Analizuje odchylenia od planu i wskazuje przyczyny powstałych odchyleń na podstawie złożonych przez kierowników ośrodków budżetowych wyjaśnień dotyczących przekroczeń przyznanych limitów kosztów.

Tabela 6. Rozliczenie wykonania budżetu

Planowana kwota do zaoszczędzenia	8 392,70
Kwota faktycznie zaoszczędzona	11 341,20
Planowana kwota do dyspozycji oddziału	3 776,72
Zwiększenie za kwotę zaoszczędzoną	1 321,85
15% za poprawę wyniku finansowego	566,51
Łączna kwota przyznanej premii brutto	5 665,07
Łączna kwota przyznanej premii netto	4 713,83

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych.

Kierownik ośrodka budżetowego rozliczany jest wyłącznie z kosztów, na które ma bezpośredni lub pośredni wpływ. Końcowe rozliczenie z wykonania budżetu,

czyli wypracowania kwoty „do zaoszczędzenia”, oraz przykład naliczenia kwoty do dyspozycji ośrodka budżetowego z tytułu wykonania budżetu zawiera tab. 6.

6. Budżetowanie a motywacyjny system wynagrodzeń w SPZOZ

Zależnie od stopnia poprawy wyniku finansowego, czyli wypracowania założonego zysku lub zmniejszenia straty, ośrodek budżetowy ma przyznaną premię. Rozliczenie wyniku finansowego odbywa się w odstępach kwartalnych.

Przyznane środki finansowe ośrodek budżetowy może przeznaczyć na:

- zakup niezbędnej aparatury medycznej,
- zakup sprzętu poprawiającego standard pracy,
- wykonanie niezbędnych usług remontowych,
- premie dla pracowników ośrodka.

O przeznaczeniu środków finansowych decyduje kierownik ośrodka budżetowego w porozumieniu z dyrekcją zakładu. Za poprawę wyniku finansowego pracownicy otrzymują premię, którą przyznaje dyrektor SPZOZ. Do powodzenia procesu budżetowania konieczne jest spełnienie warunku, że przyjęte zasady wypłat premii muszą być realizowane.

7. Podsumowanie

Efekty budżetowania w postaci optymalizacji kosztów uwidocznia się w perspektywie kilku lat. Wynika to ze złożoności wymagań, które ten proces stawia, oraz trudności związanych z procesem budżetowania w specyficznej organizacji, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

System budżetowania ma spowodować wzrost efektywności funkcjonowania SPZOZ. Wdrożenie rachunkowości zarządczej w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej tworzy warunki do przeniesienia mechanizmu rynkowego do wnętrza zakładu, co sprzyja proefektywnościowemu i prorynkowemu zachowaniu ich kierownictwa. Poprawi ono efektywność działania i umożliwi podejmowanie optymalnych decyzji gospodarczych w aspekcie medycznym i ekonomicznym [1, s. 80].

Optymalizacja kosztów nie może powodować pogorszenia jakości leczenia. Należy raczej dostosować standard leczenia do możliwości finansowych SPZOZ oraz eliminować koszty zbędne, wynikające z braku efektywnego gospodarowania zasobami komórki organizacyjnej. Podstawą sukcesu i korzyści wynikających z budżetowania jest przede wszystkim konsekwencja dotycząca przyjętych zasad, czuwanie nad prawidłowym usprawnianiem tego procesu oraz systematyczna kontrola kosztów, która powinna odpowiedzieć na pytania:

- gdzie powstają odchylenia,
- jaka jest ich wartość,
- jakie są ich przyczyny,
- kto za nie odpowiada,
- jaka jest ich tendencja.

Szybkość uzyskania tych informacji decyduje o efektywności systemu zarządzania oraz umożliwia podejmowanie właściwych decyzji zarządczych w krótkim czasie.

Literatura

- [1] Hass-Symotiuk M., *Rachunkowość jako instrument zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Informacja ekonomiczno-finansowa w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, Wyd. Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2002.
- [2] Hass-Symotiuk M., *Aspekty metodologiczne budżetowania działalności zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunek kosztów usług medycznych i zarządzanie finansami w ochronie zdrowia*, Materiały konferencyjne nr 57, Szczecin 2000.
- [3] Komorowski J., *Budżetowanie jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem*, Warszawa 1997.
- [4] Nowak E., *Zarządzanie kosztami jako zadanie controllingu*, [w:] *Rachunkowość a controlling. Controlling obszarów działalności przedsiębiorstwa*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 902, AE, Wrocław 2001.

THE PRACTICAL ASPECTS OF BUDGETING IN INDEPENDENT PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTION

Summary

The law reform of health care industry in Poland, the marketing of medical services, the increased competition of medical institutions make independent public health care institution managers search for new ways of executing these subjects.

In the article, budgeting was presented as a management tool that helps running an independent public health care institution more effectively.