

Kamila Stańczak-Strumiłło
Roman Kotapski

ZARZĄDZANIE FINANSAMI W PODMIOTACH LECZNICZYCH



Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ZARZĄDZANIE FINANSAMI W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Kamila Stańczak-Strumiłło
Roman Kotapski

ZARZĄDZANIE FINANSAMI W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
Gdańsk 2021

Recenzent

dr hab. Małgorzata Cygańska, prof. UWM

Redakcja, skład i łamanie

Violet Design / Wioletta Kowalska

Projekt okładki i stron tytułowych

Filip Sendal

Publikacja sfinansowana ze środków projektu PROgram Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego (ProUG) realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na podstawie umowy nr POWR.03.05.00-00-Z308/17-00, zawartej pomiędzy Narodowym centrum Badań i Rozwoju a Uniwersytetem Gdańskim w dniu 11.12.2017 roku



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Uniwersytet
Gdański

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



© Copyright by Uniwersytet Gdański
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-254-0 (online)

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel.: 58 523 11 37; 725 991 206
e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl
www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Druk i oprawa
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel. 58 523 14 49

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część I **Podstawy zarządzania finansami** **w podmiotach leczniczych**

Rozdział 1

Wprowadzenie do zarządzania finansami podmiotów leczniczych	15
1.1. Podmiot leczniczy jako przedsiębiorstwo	15
1.2. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza	18
1.3. Specyfika świadczeń zdrowotnych	20
1.4. Zarządzanie finansami podmiotów leczniczych	23

Rozdział 2

Źródła finansowania działalności podmiotów leczniczych	27
2.1. Pojęcie i funkcje kapitału w podmiocie leczniczym	27
2.2. Klasyfikacja źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych	30
2.3. Definicja i czynniki kształtujące strukturę kapitału w podmiotach leczniczych	36
2.4. Specyfika finansowania działalności podmiotów leczniczych	41

Rozdział 3

Finansowanie działalności podmiotów leczniczych przez NFZ	49
3.1. Podstawy prawne kontraktowania świadczeń zdrowotnych	49
3.2. Sposoby finansowania świadczeń opieki zdrowotnej	52
3.3. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ	65

Rozdział 4

Ocena kondycji finansowej podmiotów leczniczych	71
4.1. Pojęcie i zakres analizy finansowej	71
4.2. Materiały źródłowe w analizie ekonomicznej przedsiębiorstw	74
4.3. Sprawozdawczość jako źródło informacji do oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych	76
4.4. Analiza wskaźnikowa w ocenie sytuacji finansowej przedsiębiorstw	81
4.5. Specyfika analizy wskaźnikowej publicznych podmiotów leczniczych	105

Część II

**Budżetowanie w zarządzaniu finansami
podmiotów leczniczych**

Rozdział 1

Budżetowanie w zarządzaniu podmiotem leczniczym	119
1.1. Istota i cele budżetowania	119
1.2. Budżet operacyjny podmiotu leczniczego	129
1.3. Ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów w podmiotach leczniczych	136

Rozdział 2

Budżet szpitala	145
2.1. Budżet operacyjny szpitala	145
2.2. Budżet oddziału szpitalnego	160
2.3. Budżet kosztów działalności izby przyjęć	177
2.4. Budżet zakładu diagnostyki obrazowej	185
2.5. Budżet kosztów zakładu radioterapii	198
2.6. Budżet bloku operacyjnego	200
2.7. Budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala	204
2.8. Budżet kosztów infrastruktury ogólnej szpitala	210
2.9. Budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala	215

Rozdział 3

Budżetowanie innych podmiotów leczniczych	225
3.1. Budżet przychodni zdrowia	225
3.2. Budżet zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego	241

Rozdział 4**Kontrola budżetowa w podmiotach leczniczych 251**

4.1. Kontrola budżetowa w zarządzaniu podmiotem leczniczym 251

4.2. Raport z działalności podmiotu leczniczego 255

4.3. Ewidencja przychodów i kosztów działalności podmiotów
leczniczych 261**Literatura 267****Akty prawne 277****Spis tabel i rysunków 279**

Wstęp

Problematyka zarządzania finansami podmiotów leczniczych stanowi ciekawy obszar badań i jest przedmiotem zainteresowania zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Wynika to głównie ze wzrastającego znaczenia opieki zdrowotnej dla jednostek, a także całych społeczeństw. Ma to szczególne znaczenie w kontekście zmian demograficznych – starzenia się społeczeństw, wydłużania czasu trwania życia, a także w kontekście istotnego postępu w obszarze wiedzy i technologii medycznej. To z kolei rodzi zapotrzebowanie na specjalistyczną wiedzę z zakresu zarządzania finansami podmiotów leczniczych wśród wielu grup interesariuszy – praktyków zarządzających finansami tych jednostek, pracowników jednostek samorządu terytorialnego, pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), naukowców, studentów.

Niniejsza monografia wychodzi naprzeciw opisywanym potrzebom – stanowi kompendium wiedzy o zarządzaniu finansami w podmiotach leczniczych uwzględniające specyfikę gospodarki finansowej tych podmiotów. W opracowaniu podkreślono także różnorodny charakter podmiotów medycznych publicznych i prywatnych oraz implikacje, jakie niesie to dla ich gospodarki finansowej.

Struktura monografii jest dwudzielna. Część pierwsza (*Podstawy zarządzania finansami w podmiotach leczniczych*) stanowi wprowadzenie do tematyki finansów podmiotów leczniczych. Zaprezentowano tu zagadnienia teoretyczne dotyczące wybranych aspektów zarządzania finansami.

W rozdziale pierwszym części pierwszej ujęto podstawowe pojęcia związane z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych – zdefiniowano działalność leczniczą jako działalność gospodarczą oraz podmiot leczniczy jako przedsiębiorstwo, którego przedmiotem działalności są specyficzne świadczenia zdrowotne. Następnie zdefiniowano pojęcie zarządzania finansami podmiotów leczniczych, wskazując podstawowe obszary

zarządzania finansami oraz podkreślono dualizm celów działalności podmiotów leczniczych – publicznych i prywatnych.

W rozdziale drugim omówiono tematykę finansowania działalności podmiotów leczniczych. Zdefiniowano pojęcie i funkcje kapitału w przedsiębiorstwie, a także pojęcie struktury kapitału i czynniki ją kształtujące. Dokonano klasyfikacji źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych z uwzględnieniem ich specyfiki wynikającej z rozróżnienia na podmioty medyczne stanowiące własność publiczną i prywatną.

W rozdziale trzecim scharakteryzowano szczegółowo jeden z rodzajów finansowania działalności podmiotów leczniczych, a mianowicie kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Opisano różnorodne metody finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a także proces ich kontraktowania przez NFZ.

Rozdział czwarty poświęcono ocenie kondycji finansowej podmiotów leczniczych z wykorzystaniem narzędzi analizy ekonomicznej. Przedstawiono materiały źródłowe wykorzystywane w analizie ekonomicznej, rodzaje i odbiorców informacji sprawozdawczych podmiotów medycznych. Dokonano charakterystyki podstawowych grup wskaźników ekonomicznych wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych.

Część druga monografii (*Budżetowanie w zarządzaniu finansami podmiotów leczniczych*) poświęcona została budżetowaniu. Każdy podmiot gospodarczy, publiczny czy komercyjny musi planować i kontrolować swoją działalność. Kadra zarządzająca do tego celu wykorzystuje różne narzędzia. Jednym z nich są budżety. Choć z zakresu budżetowania powstało wiele zwartych publikacji, to te dotyczące podmiotów leczniczych nadal są nieliczne. Stąd niniejsza część książki ma wypełnić tę lukę poznawczą.

Skupiono się w niej głównie na praktycznych aspektach funkcjonowania budżetowania w podmiotach leczniczych. Zostały przedstawione różne rozwiązania w zakresie budżetowania w szpitalu, przychodni zdrowia czy też w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Stąd też układ tej części książki został tak zbudowany i wypełniony treścią.

Niniejsza część książki została podzielona na cztery rozdziały. Pierwszy rozdział przedstawia istotę i cele budżetowania, podstawowe pojęcia

związane z budżetowaniem, układ budżetu. Następnie został omówiony budżet operacyjny podmiotu leczniczego na przykładach szpitala onkologicznego i powiatowego centrum zdrowia. Na zakończenie rozdziału omówiono zasady i zakres wyodrębniania ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów na przykładzie szpitala i przychodni.

Drugi rozdział poświęcony jest budżetowi operacyjnemu szpitala jako studium przypadku. Przedstawiono w nim budżet operacyjny szpitala oraz budżety częściowe. Szczegółowo została omówiona ich zawartość, tworzenie oraz współzależność między nimi.

Rozdział trzeci przedstawia budżety innych podmiotów leczniczych niż szpital. Zaprezentowano w nim budżet przychodni oraz budżet zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Te podmioty lecznicze można traktować jako odrębne organizacje lub jako część większej organizacji. Mogą zatem stanowić część budżetu operacyjnego większego podmiotu leczniczego, np. powiatowego centrum zdrowia, które świadczy usługi zdrowotne mieszkańcom.

Rozdział czwarty poświęcony jest kontroli budżetowej, jej organizacji i narzędziom wykorzystywanym do tego procesu. Z jednej strony skupiono się nad pojęciem kontroli budżetowej, a z drugiej nad wykorzystywanymi wybranymi narzędziami rachunkowości zarządczej. Omówiono układ raportu controllera oraz problemy kształtowania zakładowego planu kont na potrzeby funkcjonowania budżetowania w podmiotach leczniczych.

W książce odniesiono się do doświadczeń autorskich we wdrażaniu systemów budżetowania, kalkulacji kosztów usług, zakładowych planach kont oraz systemów informatycznych wspomagających controlling w podmiotach leczniczych. Wykorzystano również własne artykuły, które publikowane były w latach 2013–2021 na łamach pism „Controlling i Zarządzanie”, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” czy też w krajowych i zagranicznych pracach naukowych. Nie zawsze są one dostępne i znane szerszemu gronu odbiorców. Stąd też jest to dobra okazja do prezentacji tego dorobku i weryfikacji przyjętych w nich poglądów oraz rozwiązań. Tym samym jest to podsumowanie wieloletniej pracy autorów i prowadzonych badań oraz przemyśleń w zakresie funkcjonowania rachunku kosztów, rachunkowości zarządczej, budżetowania i controllingu w podmiotach leczniczych.

Przedstawione w książce rozwiązania można wykorzystać w różnych podmiotach leczniczych, zarówno publicznych, jak i komercyjnych. Niemniej należy uwzględnić indywidualne potrzeby użytkowników, zwłaszcza kadry menedżerskiej, która kreuje pewne rozwiązania.

Publikacja adresowana jest do kadry menedżerskiej podmiotów leczniczych oraz urzędników, którzy zajmują się szeroką ochroną zdrowia. Może być również przydatna naukowcom, studentom studiujących zarządzanie podmiotami leczniczymi oraz słuchaczom studiów podyplomowych.

Część I

Podstawy zarządzania finansami w podmiotach leczniczych

– Kamila Stańczak-Strumiłło –

Rozdział 1

Wprowadzenie do zarządzania finansami podmiotów leczniczych

1.1. Podmiot leczniczy jako przedsiębiorstwo

Pojęcie podmiotu leczniczego wprowadzone zostało do polskiego porządku prawnego przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹. Zgodnie z jej zapisami podmiotami leczniczymi – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą – są²:

- przedsiębiorcy³;
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej⁴;
- instytuty badawcze⁵;

¹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711; dalej jako u.d.l.

² Art. 4 ust. 1 u.d.l.

³ Zgodnie z przepisami ustawy z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 162).

⁴ Do wskazanych jednostek budżetowych zalicza się także państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego – zgodnie z przepisami ustawy z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.).

⁵ Zgodnie z ustawą z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1383).

- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń;
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- jednostki wojskowe.

Duża różnorodność podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie jest czynnikiem upraszczającym badanie gospodarki finansowej analizowanych podmiotów. Wskazany przez ustawodawcę podział podmiotów leczniczych na przedsiębiorców oraz podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, wymienione w ustawie jednostki budżetowe, jednostki wojskowe) nie stanowi jednak kryterium wymuszającego stosowanie całkowicie odmiennej metodyki w zarządzaniu ich finansami – również w porównaniu do przedsiębiorstw funkcjonujących w innych branżach.

Przedsiębiorstwo bowiem definiowane jest jako zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczony do prowadzenia działalności gospodarczej.

Elementami składowymi przedsiębiorstwa są zaś w szczególności⁶:

- 1) dane charakteryzujące przedsiębiorstwo lub jego wyodrębnione części (firma – nazwa przedsiębiorstwa);
- 2) prawa własności nieruchomości lub ruchomości (urządzeń, materiałów, towarów i wyrobów) oraz inne prawa rzeczowe;
- 3) prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości oraz prawa do korzystania z nieruchomości lub ruchomości wynikające z innych stosunków prawnych;
- 4) wierzytelności, prawa z papierów wartościowych, środki pieniężne;
- 5) koncesje, licencje, zezwolenia;

⁶ Art. 55¹ ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.).

- 6) patenty i inne prawa własności przemysłowej;
- 7) majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne;
- 8) tajemnice przedsiębiorstwa;
- 9) księgi i dokumenty związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.

Podmioty lecznicze zdefiniowane w ustawie o działalności leczniczej mogą być traktowane w dużej mierze jako odpowiednik przedsiębiorstwa (w określonych obszarach również te, które ustawodawca określa jako podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami). Posiadają one bowiem właściwości charakterystyczne dla przedsiębiorstwa (tabela 1).

Tabela 1. Podmiot leczniczy jako przedsiębiorstwo – wyodrębnienie ekonomiczne, prawne i techniczno-organizacyjne

Obszar wyodrębnienia	Charakterystyka obszaru
Wyodrębnienie ekonomiczne	Podmioty lecznicze posiadają odrębność majątkową, odtwarzają zużywane zasoby majątkowe, odpłatnie zbywają realizowane świadczenia zdrowotne, ponoszą ryzyko ekonomiczne, ich rozwój zależy w znacznym stopniu od możliwości pokrycia nakładów na powiększenie zasobów trwałych z wypracowanych nadwyżek
Wyodrębnienie prawne	Podmioty lecznicze mogą być podmiotem w stosunkach prawnych – mają prawo nawiązywania umów i zaciągania zobowiązań
Wyodrębnienie techniczno-organizacyjne	Podmioty lecznicze tworzą wyodrębnioną całość, posiadają strukturę organizacyjną, organy właścicielskie i zarządcze

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hass-Symotiuik, *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, ODDK, Gdańsk 2008, s. 16.

Wyodrębnienie ekonomiczne, prawne oraz techniczno-organizacyjne podmiotów leczniczych pozwala na traktowanie ich jak przedsiębiorstw, czyli podmiotów dysponujących określonymi aktywami, stanowiących stronę w stosunkach prawnych, funkcjonujących jako ukształtowana organizacja realizująca konkretny cel. Utożsamienie to pozwala na podjęcie prób aplikacji w zarządzaniu poszczególnymi obszarami funkcjonowania podmiotów leczniczych (w tym w zarządzaniu ich finansami) rozwiązań i narzędzi wykorzystywanych w zarządzaniu szeroko pojętym przedsiębiorstwem.

1.2. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza

Zgodnie z przepisami prawa działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁷. Uzupełniająco odnosi się również do działań w zakresie promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (np. wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia)⁸.

Istota świadczeń zdrowotnych zdefiniowana została w dwóch różnych aktach prawnych:

- 1) zgodnie z ustawą o działalności leczniczej świadczenia zdrowotne to działania służące⁹:
 - zachowaniu zdrowia,
 - ratowaniu zdrowia,
 - przywracaniu zdrowia,
 - poprawie zdrowia,
 - inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 2) zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰ świadczenia zdrowotne to – obok świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących – część szerszej grupy określanej jako świadczenia opieki zdrowotnej; pod względem zakresu działań ustawa ta rozszerza definicję świadczenia zdrowotnego, wskazując dodatkowy rodzaj działań, czyli profilaktykę¹¹.

Warto zauważyć, że działalność lecznicza jako działalność o usługowym charakterze spełnia definicję działalności gospodarczej zdefiniowanej przepisami ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców¹². Kryteria pozwalające uznać działalność leczniczą za działalność gospodarczą wraz

⁷ Art. 3 ust. 1 u.d.l.

⁸ Art. 3 ust. 2 u.d.l.

⁹ Art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.

¹⁰ Tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.; dalej jako u.ś.o.z.

¹¹ Art. 5 pkt 34 i 40 u.ś.o.z.

¹² Tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 162. Art. 3 tej ustawy brzmi: „Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły”.

z uzasadnieniem ich realizacji w działalności leczniczej zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza

Kryterium	Czy spełnia kryterium?	Opis weryfikujący kryterium
Rodzaj działalności	Tak	Działalność usługowa – udzielanie świadczeń zdrowotnych
Działalność zarobkowa	Tak	Podmioty lecznicze udzielają świadczeń zdrowotnych (w tym również finansowanych ze środków publicznych): – nieodpłatnie – z częściową odpłatnością – z całkowitą odpłatnością
Działalność zorganizowana	Tak	Działalność podmiotu leczniczego wymaga podjęcia szeregu działań o charakterze: – formalnym (legalizacja podejmowanej działalności gospodarczej) – materialnym (wyposażenie podmiotu leczniczego w aktywa pozwalające na realizację działalności leczniczej)
Działalność ciągła	Tak	– trwanie działalności podmiotu leczniczego w określonym (raczej dłuższym niż krótszym) przedziale czasowym – celowy (planowy) charakter wykonywania działalności podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy – Prawo przedsiębiorców; ustawy o działalności leczniczej; A. Dyląg, *Odplatne udzielanie świadczeń zdrowotnych*, „Państwo i Prawo” 2013, z. 1, s. 79; C. Kosikowski, *Polskie publiczne prawo gospodarcze*, PWN, Warszawa 2001, s. 184; A. Bierć, *Sytuacja prawna przedsiębiorcy. Zagadnienia wybrane*, „Studia Prawnicze” 1998, nr 3, s. 22; M. Szydło, *Pojęcie przedsiębiorcy w prawie polskim*, „Przegląd Sądowy” 2002, nr 7–8, s. 86.

Konieczną przesłanką warunkującą możliwość uznania danej działalności za gospodarczą – poza zakresem jej prowadzenia – jest: zarobkowy, zorganizowany i ciągły charakter.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy różnorodnym stopniu partycypacji klienta/pacjenta w odpłatności za dane usługi pozwala na spełnienie kryterium zarobkowości¹³. Warto przy tym nadmienić, że działalność zarobkowa nie musi oznaczać nastawienia podmiotu leczniczego na zysk. Jest to

¹³ Art. 44 u.d.l.

o tyle istotne, że wśród podmiotów leczniczych występuje duże zróżnicowanie, jeśli chodzi o cele prowadzonej działalności (dualizm celów w podmiotach prywatnych i publicznych).

Kolejną cechą działalności gospodarczej, a zatem i leczniczej, jest jej zorganizowany charakter. Zorganizowanie działalności leczniczej obejmuje wiele czynności zmierzających do jej rozpoczęcia i wykonywania, które pozostają w sferze działań formalnych, a także kształtujących majątek podmiotu (wyposażenie w aktywa).

Kryterium ciągłości działania w działalności medycznej oznacza stałość (stabilność) jej wykonywania rozumianą z jednej strony jako powtarzalność czynności (w przeciwieństwie do incydentalnych, jednorazowych przedsięwzięć)¹⁴, z drugiej zaś jako zamiar prowadzenia działalności w dłuższym czasie.

1.3. Specyfika świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z art. 2 ust. 10 u.d.l. świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”¹⁵. Przytoczona definicja świadczenia zdrowotnego wskazuje wyraźnie na jego usługowy charakter.

Termin „usługa” jest powszechnie używany, aczkolwiek trudny do jednoznacznie zdefiniowania. Dowodem na to jest duża różnorodność podejść do definiowania usług w literaturze z zakresu marketingu (tabela 3). Mnogość definicji jest konsekwencją ciągłego poszerzania zakresu usług występujących na rynku oraz procesu wzajemnego przenikania usług i dóbr materialnych¹⁶.

¹⁴ A. Walaszek-Pyziół, *Status prawny przedsiębiorcy w świetle projektu ustawy – Prawo działalności gospodarczej*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 1999, nr 5, s. 4.

¹⁵ Art. 2 ust. 10 u.d.l.

¹⁶ M. Stoma, *Usługa jako kluczowy produkt współczesnego rynku – charakterystyka rynku usług w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2012, z. 120, s. 125–126.

Tabela 3. Przegląd definicji usług w literaturze z zakresu marketingu

Autor	Definicja
M. Daszkowska	Usługą jest to, co nie jest charakterystyczne dla sektorów produkcyjnych i nie skutkuje wytwarzaniem dóbr materialnych
P. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong	Usługa to wszelka działalność lub korzyść, którą jedna ze stron może zaoferować drugiej, z zasady niematerialna, bez uzyskania jakiegokolwiek własności
P. Kotler	Usługa jest dowolnym działaniem, jakie jedna strona może zaoferować innej – jest ono nienamacalne i nie prowadzi do jakiegokolwiek własności, a jego produkcja może być związana lub nie z produktem fizycznym
M. Pluta-Olearnik	Usługi to korzyści oferowane do sprzedaży w istocie swej niewymierne i subiektywnie oceniane przez nabywców
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	Usługą jest działalność służąca zaspokajaniu potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego ucieleśnienia w nowych dobrach materialnych
W.J. Stanton	Usługa to występująca odrębnie działalność nieprzynosząca materialnego efektu, dostarczająca nabywcy określonych korzyści, które nie są konieczne związane ze sprzedażą produktów lub innych usług
A. Payne	Usługa jest to każda czynność zawierająca w sobie element niematerialności, która polega na oddziaływaniu na klienta lub przedmiot bądź nieruchomości znajdujące się w jego posiadaniu, a która nie powoduje przeniesienia prawa własności (przeniesienie prawa własności może jednak nastąpić, a świadczenie usługi może być lub też nie ściśle związane z dobrem materialnym)
K. Rogoziński	Usługa to podejmowane zlecenie, intencjonalne świadczenie pracy i/lub korzyści – służy wzbogaceniu walorów osobistych bądź wolumenu użyteczności dóbr, jakimi usługobiorca dysponuje

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Daszkowska, *Usługi, produkcja, rynek, marketing*, PWN, Warszawa 1998, s. 37; P. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002, s. 41; P. Kotler, *Marketing. Analizowanie, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 426; M. Pluta-Olearnik, *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1993, s. 21; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, PWE, Warszawa 2000, s. 648; W.J. Stanton, *Fundamentals of Marketing*, Mc Graw Hill, New York 1981, s. 441; A. Payne, *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996, s. 20; K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993, s. 36.

Konsekwencją uznania usługowego charakteru świadczeń zdrowotnych jest przypisanie im szeregu immanentnych cech charakterystycznych dla usług (tabela 4).

Tabela 4. Cechy świadczeń zdrowotnych

Cecha świadczenia zdrowotnego	Opis cechy świadczenia zdrowotnego
Trudność określenia jednostki usługowej	Pacjent korzysta jednocześnie z wielu usług (może to być pojedyncza usługa lub pakiet usług)
Niematerialność	Usługi zdrowotne są nieuchwytne, trudne do wyodrębnienia i oceny przez świadczeniobiorcę (pacjenta)
Różnorodność, zindywidualizowany charakter	Usługi są niejednolite, niestandardowe i bardzo urozmaicone, co wynika ze zróżnicowania wykształcenia, doświadczenia personelu medycznego i różnych „sytuacji wyjściowych” w zakresie stanu zdrowia pacjenta
Aktywny udział pacjenta w procesie leczenia	Potrzeba zaangażowania i akceptacji przebiegu procesu leczenia i zastosowanych w nim metod przez pacjenta
Swoboda wyboru technologii procesu ich świadczenia przez fachowy personel medyczny	Wybór sposobu leczenia znajduje odzwierciedlenie w zróżnicowaniu kosztów leczenia pacjentów
Nierozdzielność	Świadczenia zdrowotne są równocześnie „produkowane” i konsumowane przez pacjenta
Nietrwałość	Brak możliwości magazynowania świadczeń zdrowotnych, dlatego konieczna jest odpowiednia organizacja procesu ich realizacji
Środowiskowy charakter	Wymaga rozmieszczenia zdolności usługowych w bezpośrednim sąsiedztwie ich odbiorców
Asymetria informacji między pacjentem i świadczeniodawcą	Pacjent jest uzależniony w zdrowiu czy w chorobie od lekarza; nie posiada on profesjonalnej wiedzy, jakie świadczenia, w jakiej ilości, są mu potrzebne, co zmusza do przekazania prawa podejmowania decyzji w tym zakresie lekarzowi, który staje się „agentem pacjenta”
Abstrakcyjny charakter	Nieuchwytność i trudność „wypróbowania” świadczeń zdrowotnych
Brak gwarancji skuteczności świadczeń zdrowotnych	Pacjent nie ma pewności, że po uzyskaniu pomocy będzie wyleczony, podobnie nie jest świadomy skutków zaniechania leczenia

Źródło: M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 18–19.

Usługowy charakter świadczeń zdrowotnych z pewnością stanowi czynnik utrudniający zarówno proces ich świadczenia, jak i analizy. Dotyczy to

również finansowego aspektu świadczeń zdrowotnych, co jest szczególnie istotne z punktu widzenia zarządzania finansami podmiotów leczniczych.

1.4. Zarządzanie finansami podmiotów leczniczych

Pojęcie finansów danego podmiotu wiąże się z procesami, którym towarzyszy ruch pieniądza. Procesy te mają zazwyczaj dualny charakter. Z jednej strony są to procesy, w wyniku których pieniądz „przyływa” do podmiotu. Jest to nieodzowne dla funkcjonowania i realizacji działalności każdej jednostki gospodarującej, gdyż pozyskane zasoby pieniężne umożliwiają zakup i wykorzystanie różnorodnych aktywów służących realizacji przyjętej działalności podmiotu.

Z drugiej strony – po zgromadzeniu odpowiednich zasobów kapitału – możemy zaobserwować przeciwny proces ruchu pieniądza, czyli jego „wypływ” z podmiotu. Związane jest to z koniecznością pozyskania różnorodnych czynników produkcji, którymi w podmiotach leczniczych mogą być: nieruchomości, w których podmiot leczniczy realizuje świadczenie usług zdrowotnych, sprzęt medyczny, zapasy leków i środków medycznych itp.

Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto, że zarządzanie finansami podmiotu leczniczego to sterowanie pozyskiwaniem źródeł jego finansowania oraz lokowanie zgromadzonego kapitału w aktywach podmiotu leczniczego – w sposób, który umożliwia realizację nadrzędnego celu działalności podmiotu leczniczego¹⁷.

Zgodnie z literaturą przedmiotu zarządzanie finansami podmiotów leczniczych odbywa się w trzech obszarach¹⁸:

- zarządzania kapitałem,
- finansowania (zaopatrzenia w kapitał),
- zastosowania (wykorzystania) kapitału (inwestowanie).

Charakterystykę poszczególnych obszarów zarządzania finansami podmiotów leczniczych przedstawiono w tabeli 5.

¹⁷ *Finanse przedsiębiorstwa*, red. L. Szyszko, PWE, Warszawa 2000, s. 38; W. Bień, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2011, s. 14.

¹⁸ B. Piasecki, *Ekonomika i zarządzanie małą firmą*, PWN, Warszawa–Łódź 1999, s. 435.

Tabela 5. Charakterystyka obszarów zarządzania finansami podmiotów leczniczych

Obszar zarządzania finansami	Charakterystyka obszaru
Zarządzanie kapitałem	Zarządzanie kapitałem podmiotów leczniczych obejmuje działania związane z kształtowaniem wielkości takich jak: – zysk (rozumiany jako różnica przychodów i kosztów) oraz nadwyżka finansowa (rozumiana jako suma zysku i amortyzacji); – wpływy i wydatki – nadwyżka wpływów nad wydatkami decyduje o utrzymaniu płynności finansowej podmiotu leczniczego.
Finansowanie (zaopatrzenie w kapitał)	Finansowanie definiowane jest jako pozyskiwanie niezbędnych środków finansowych przeznaczonych na potrzeby bieżące i rozwojowe podmiotu leczniczego, może przybierać formę: – pasywną, przejawiającą się w finansowaniu własnej działalności medycznej – zarówno w krótkim, jak i długim okresie; – aktywną, polegającą na lokowaniu nadwyżek w innych jednostkach (np. jako lokaty bankowe, papiery wartościowe krótko- czy długoterminowe).
Zastosowanie (wykorzystanie kapitału, inwestowanie)	Wykorzystanie kapitału wiąże się z decyzjami inwestycyjnymi, których skutkiem są: – wydatki na realizację przedsięwzięć inwestycyjnych (np. zakup aparatury medycznej); – uzyskiwanie wpływów środków pieniężnych z realizacji świadczeń zdrowotnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie H. Bloch, *Decyzje finansowe*, CIM, Warszawa 1993, s. 13.

Odnosząc się do definicji zarządzania finansami podmiotów leczniczych, należy podkreślić, że o ile procesy pozyskiwania kapitału oraz jego lokowania w składnikach majątkowych są bardzo zbliżone w każdym podmiocie gospodarującym – bez względu na charakter jego działalności, o tyle realizowane przez podmioty medyczne cele ich funkcjonowania nadają zarządzaniu finansami podmiotów leczniczych specyficzny charakter. Odmienność gospodarki finansowej podmiotów leczniczych wynika w dużej mierze z dualności celu działalności podmiotów medycznych, obejmujących dwa wymiary ich funkcjonowania¹⁹:

¹⁹ W literaturze przedmiotu definiowany jest dodatkowo trzeci rodzaj celu działania podmiotów medycznych – cel społeczny. Rozumiany jest on jako zaspokojenie oczekiwań różnych interesariuszy z dalszego otoczenia szpitala – zob. M. Hass-Symotiuik, *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 69–71.

- medyczny,
- ekonomiczny.

Zróżnicowanie celów działalności medycznej należy rozpatrywać również z punktu widzenia własności podmiotu leczniczego – czy funkcjonuje on w formie własności prywatnej, czy publicznej. Ma to bowiem znaczenie zarówno dla definiowania i rozumienia poszczególnych celów – medycznych i ekonomicznych, jak i dla ustalenia gradacji tych celów w danym podmiocie leczniczym.

Pierwszą kategorią celów działalności podmiotów leczniczych jest zapewnienie zdrowia społeczeństwa, co stanowi cel o charakterze medycznym. Cel ten jest realizowany bez względu na stosunki własnościowe w podmiocie leczniczym, może być jednak realizowany w zróżnicowanym zakresie. Publiczne podmioty lecznicze tworzone dla realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia²⁰, funkcjonujące w skali całego systemu publicznej opieki zdrowotnej, realizują cele medyczne w najszerszym zakresie i traktują je priorytetowo. Dostarczają one pełną paletę świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo, nie skupiają się zaś na wybranych świadczeniach. Prywatne podmioty lecznicze świadczą swoje usługi zgodnie z przyjętą przez właścicieli i zarządzających strategią. Zazwyczaj skupiają się na realizacji wybranych świadczeń zdrowotnych, realizując poprzez nie cele medyczne swojej działalności. Należy jednak pamiętać, że wybór obszaru realizacji celów medycznych przebiega często na podstawie ekonomicznych przesłanek (realizacja świadczeń zdrowotnych umożliwiających generowanie najwyższych nadwyżek finansowych przez podmiot leczniczy). Stąd można wysnuć wniosek, że niepubliczne podmioty medyczne mogą nadrzędnie traktować realizację celów ekonomicznych.

Drugą kategorią celów działalności podmiotów leczniczych są cele ekonomiczne. Podmioty lecznicze realizują cele ekonomiczne definiowane – zgodnie ze współczesną nauką o finansach przedsiębiorstw – jako maksymalizacja wartości podmiotu leczniczego. Oczywiście realizacja celów o charakterze ekonomicznym jest także zróżnicowana w odniesieniu do podmiotów leczniczych niepublicznych i publicznych.

²⁰ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483).

W przypadku niepublicznych podmiotów leczniczych maksymalizacja wartości podmiotu leczniczego – rozumiana również jako maksymalizacja korzyści dla właściciela tego podmiotu – nie może być realizowana bez osiągania nadwyżek finansowych i zapewnienia samofinansowania podmiotu (na odpowiednim etapie jego finansowego cyklu życia). W przypadku tej grupy podmiotów leczniczych formułowanie długoterminowych celów ekonomicznych jako unikanie strat jest nie do przyjęcia.

W przypadku publicznych podmiotów leczniczych maksymalizacja wartości podmiotu leczniczego może być rozumiana inaczej. Obowiązek realizacji celów medycznych – czasem niezależnie od wyników ekonomicznych podmiotu leczniczego – powoduje, że maksymalizację korzyści dla właściciela podmiotu publicznego można rozumieć jako:

- bilansowanie kosztów z przychodami – unikanie strat,
- maksymalizację efektywności wykorzystania posiadanych zasobów,
- minimalizację zadłużenia przez te podmioty.

Należy podkreślić, że w obszarze zarządzania finansami podmiotów leczniczych, niezależnie od ich formy prawno-organizacyjnej czy różnic w pojmowaniu strategicznych celów ich działalności, możliwe jest stosowanie wielu analogicznych narzędzi zarządzania finansami. Istota realizacji gospodarki finansowej wszystkich podmiotów leczniczych jest bowiem bardzo zbliżona. Analizując poszczególne obszary zarządzania finansami czy stosując różnorodne narzędzia zarządzania finansami dla konkretnego podmiotu leczniczego, należy uwzględnić jego charakter, dostosowując wnioski i interpretacje do specyfiki jego działania.

Rozdział 2

Źródła finansowania działalności podmiotów leczniczych

2.1. Pojęcie i funkcje kapitału w podmiocie leczniczym

Warunkiem koniecznym do prawidłowego funkcjonowania podmiotu gospodarczego jest zgromadzenie odpowiedniego kapitału, który umożliwi finansowanie podjętej działalności we wszystkich jej obszarach. Pojęcie kapitału stanowi niewątpliwie jedno z najważniejszych i podstawowych pojęć w nauce o finansach podmiotów gospodarczych¹. Mimo to w literaturze przedmiotu brakuje jednoznacznej jego definicji, można zaś odnaleźć wiele różnorodnych podejść do definiowania tego pojęcia. Przegląd podstawowych definicji kapitału zaprezentowano w tabeli 6.

¹ Etymologia słowa „kapitał” jest powiązana z łacińskim przymiotnikiem *capitale*, który odnosi się do rzeczownika *caput* tłumaczonego jako „głowa” bądź „kierownik”. Pierwotnie termin ten wykorzystywano w starożytnym Rzymie w wyrażeniach dotyczących kwoty pożyczonych pieniędzy lub zasadniczej sumy środków pieniężnych stanowiącej dług w odróżnieniu od odsetek. M. Jerzemowska, *Kształtowanie struktury kapitału w spółkach akcyjnych*, PWN, Warszawa 1999, s. 13; K. Marchewka, *Główne nurty w teorii kapitału*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2000, z. 243 (3), s. 105–120.

Tabela 6. Przegląd definicji kapitału w literaturze przedmiotu

Autor definicji	Definicja kapitału
J. Iwin-Garżyńska	Kapitał w ekonomii jest odnoszony do gospodarki jako całości, jak również do pojedynczego przedsiębiorstwa i jest rozumiany jako zasób posiadający określoną wartość oraz przynoszący dochód
M. Jerzemowska	Kapitał pełni rolę źródła finansowania zasobów, które stanowią pokrycie dla majątku
F. Quesnay	Kapitał to bogactwo zebrane w celu podjęcia dalszej produkcji
A. Wolak-Tuzimek	Kapitał to suma pieniędzy, która stanowi podstawę rozpoczęcia działalności oraz zapewnia ciągłość istnienia przedsiębiorstwa
W. Gabrusewicz	Kapitał jest również określany jako finansowy lub rzeczowy wkład w procesy gospodarcze, który obok ziemi i pracy stanowi jeden z trzech czynników niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia działalności gospodarczej oraz do finansowania rozwoju przedsiębiorstwa
W. Gabrusewicz	Kapitał stanowi ogół zaangażowanych w przedsiębiorstwie zasobów (wewnętrznych i zewnętrznych, własnych i obcych, terminowych i bezterminowych), które mogą przyjmować zarówno materialną, jak i niematerialną postać

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Iwin-Garżyńska, *Szkice o kapitale i podatkach w istocie nauki finansów przedsiębiorstw*, Difin, Warszawa 2010, s. 25; I. Olchowicz, *Podstawy rachunkowości. Wykład*, t. 1, Difin, Warszawa 2016, s. 63; M. Jerzemowska, *Kształtowanie...*, s. 13; A. Wolak-Tuzimek, *Analiza porównawcza zewnętrznych źródeł finansowania działalności przedsiębiorstw [w:] Ludzie, zarządzanie, gospodarka*, Wydział Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach 2013, rok 17, nr 1, s. 241; W. Gabrusewicz, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*, PWE, Warszawa 2014, s. 132.

W przedstawionych w tabeli 6 definicjach dominuje zasobowa koncepcja kapitału. Podkreślana jest również ciągłość jego wykorzystywania w działalności oraz w procesach rozwojowych danego podmiotu.

Rola kapitału w podmiocie gospodarującym sprowadza się do realizacji czterech podstawowych funkcji (tabela 7).

Tabela 7. Funkcje kapitału w przedsiębiorstwie

Rodzaj funkcji	Opis funkcji
Poznawczo-informacyjna	Opisuje wyposażenie przedsiębiorstwa w kapitał i jego pochodzenie, strukturę finansowania, która dostarcza informacji o oczekiwanej i aktualnej sytuacji finansowej przedsiębiorstwa
Dochodowo-motywacyjna	Wskazuje podstawowe warunki otrzymania dochodu przez właścicieli i pracowników
Planistyczno-rozliczeniowa	Warunkuje wywiązywanie się przedsiębiorstwa z zobowiązań, określenie ryzyka oraz realizację procedur, które mają na celu interes przedsiębiorstwa
Kontrolna	Zapewnia efektywność działania firmy

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Jerzemowska, *Kształtowanie...*, s. 14.

Z pojęciem kapitału ściśle wiąże się pojęcie finansowania działalności podmiotów gospodujących. Obejmuje ono zarówno:

- pojęcie kapitału;
- okres angażowania kapitału;
- strukturę kapitału przedsiębiorstwa;
- gwarancje prawne, czyli zabezpieczenie przyznane pożyczkodawcom, udzielającym wkładu, inwestorom;
- przekształcenia w strukturze kapitału;
- wszelkie przedsięwzięcia prowadzące do otrzymania kapitału długo i krótkoterminowego.

Funkcjonowanie podmiotów gospodujących, w tym podmiotów leczniczych, wymaga podejmowania decyzji we wszystkich wymienionych zakresach. Dany podmiot musi określić, czy poszukuje kapitału krótko-, czy długoterminowego, musi podjąć również decyzję co do współwystępowania i wzajemnych relacji pomiędzy kapitałami własnymi i obcymi (czy korzystać z kapitałów obcych w ogóle, jeśli tak, to w jakim zakresie). Wybory te mogą mieć konsekwencje w zakresie wymaganych przez dawców kapitału dodatkowych zabezpieczeń, różnorodny może być też proces pozyskiwania poszczególnych rodzajów kapitału.

2.2. Klasyfikacja źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych

Ze względu na dużą różnorodność cech kapitałów wykorzystywanych w działalności podmiotów leczniczych kapitały te, stanowiące źródło finansowania działalności podmiotu, można klasyfikować w różnorodny sposób. W tabeli 8 przedstawiono podstawowe kryteria klasyfikacji źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych.

Tabela 8. Podstawowe kryteria klasyfikacji źródeł finansowania podmiotów leczniczych

Kryterium klasyfikacji	Rodzaj źródła finansowania
Własność	– własne – obce
Źródło pochodzenia	– zewnętrzne obce – zewnętrzne własne – wewnętrzne
Terminowość	– długoterminowe – krótkoterminowe
Obowiązkowość	– obligatoryjne – fakultatywne

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 133.

Do najistotniejszych kryteriów zaprezentowanej klasyfikacji należy zaliczyć kryterium własności oraz źródła pochodzenia kapitału. Kryteria te w istotny sposób różnicują zasoby finansujące działalność podmiotów leczniczych, co pozwala na identyfikację charakterystycznych dla nich cech.

Pierwsze kryterium – kryterium własności – pozwala na wyszczególnienie źródeł finansowania własnych i obcych. W tabeli 9 zestawione zostały wady i zalety obu grup kapitałów.

Zestawione w tabeli 9 cechy kapitału własnego i obcego wskazują na dużą odmienność tych dwóch grup źródeł finansowania. Dotyczy ona głównie różnic w:

- okresie angażowania kapitału;
- różnorodności form kapitału występujących w danej grupie;
- ryzyku związanym z danym rodzajem kapitału.

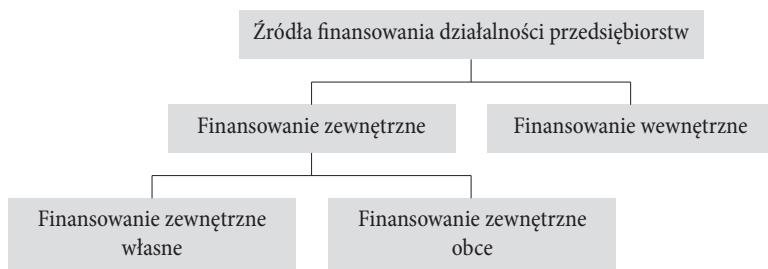
Tabela 9. Zalety i wady kapitału własnego i obcego

Wyszczególnienie	Zalety wykorzystania kapitału	Wady wykorzystania kapitału
Kapitał własny	– jest stabilnym źródłem finansowania działalności podmiotu leczniczego; – wpływa na zwiększenie płynności finansowej; – stanowi bazę gwarancyjną dla wierzycieli.	– podstawową wadą jest fakt, że nie zawsze przynosi on oczekiwane korzyści – zwłaszcza w sytuacji występowania w podmiocie strat; – w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego i warunków umowy współwłaściciel uczestniczy lub nie w jego stratach; – straty uszczuplają kapitał własny; – w porównaniu do kapitału obcego kapitał własny jest mało elastyczny.
Kapitał obcy	– stanowi elastyczne źródło finansowania; – umożliwia podjęcie i realizację przedsięwzięć przekraczających własne możliwości finansowe podmiotu leczniczego; – jego wykorzystanie może wpływać na obniżenie obciążeń podatkowych oraz wzrost rentowności kapitału własnego (ryzyko występujące przy finansowaniu kapitałem obcym jest rekompensowane korzyściami podatkowymi, związanymi z obsługą długu); – wierzyciel nie ma prawa głosu (z reguły) przy podejmowaniu decyzji w podmiocie leczniczym; – umożliwia kształtowanie optymalnej struktury kapitału.	– oddawany do dyspozycji na określony czas podlega zwrotowi; – wierzyciele mają prawo do odsetek; – uzyskanie kapitału obcego często wymaga zabezpieczenia lub gwarancji; – wraz ze wzrostem zadłużenia rośnie z reguły ryzyko i koszt kapitału obcego; – wysoki stopień zadłużenia może prowadzić do przyznania pewnych uprawnień wierzycielom; – w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego wierzyciele są zaspokajani przed właścicielami.

Źródło: opracowanie własne.

Kryterium źródła pochodzenia kapitału pozwala dokonać bardziej szczegółowego podziału zasobów finansujących działalność podmiotu leczniczego². Wyodrębnione z zastosowaniem analizowanego kryterium rodzaje źródeł kapitału przedstawiono na rysunku 1.

² E. Urbańczyk, *Metody ilościowe w analizie finansowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1998, s. 282.



Rysunek 1. Klasyfikacja źródeł finansowania podmiotów leczniczych według źródła pochodzenia kapitału

Źródło: opracowanie własne.

Pierwotnym źródłem finansowania każdego przedsiębiorstwa, w tym także podmiotów leczniczych, jest finansowanie zewnętrzne własne. Na etapie powstawania podmiotu leczniczego konieczne jest wyposażenie powstającego organizmu w kapitał pochodzący od właścicieli/fundatorów. Na tym etapie funkcjonowania podmiot leczniczy nie ma zazwyczaj możliwości wykorzystywania pozostałych źródeł finansowania:

- finansowanie wewnętrzne jest niedostępne, gdyż rozpoczęcie działalności podmiotu medycznego to zazwyczaj okres, w którym nadwyżki finansowe nie są generowane albo są zbyt niskie, aby stanowić źródło finansowania działalności podmiotu;
- finansowanie zewnętrzne obce również bywa niedostępne ze względu na brak historii finansowej podmiotu leczniczego stanowiącej dla zewnętrznych dawców kapitału podstawę oceny jego zdolności kredytowej/płatniczej; problem z pozyskaniem finansowania zewnętrznego obcego na początkowym etapie rozwoju podmiotu medycznego może również dotyczyć ograniczonych możliwości podmiotu w zakresie dysponowania majątkiem mogącym stanowić zabezpieczenie udostępnionego kapitału, co jest zazwyczaj wymogiem ze strony dawcy kapitału.

Podstawowe cechy finansowania zewnętrznego własnego są następujące:

- pozyskiwanie kapitału następuje w różnej postaci w zależności od formy prawno-organizacyjnej podmiotu leczniczego;

- kapitał pozostaje do dyspozycji podmiotu leczniczego na czas nieokreślony (długookresowo);
- występowanie stosunków własnościowych przy przekazaniu kapitału.

Wśród przykładowych form finansowania zewnętrznego własnego podmiotów medycznych można wymienić:

- udziały – w podmiotach leczniczych prowadzonych w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością;
- wpływy z tytułu sprzedaży akcji pierwszej i kolejnych emisji – w podmiotach leczniczych prowadzonych w formie spółek akcyjnych;
- wkład założycielski – w podmiotach leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zwyczajowo finansowanie zewnętrzne obce dostępne jest dla podmiotów gospodarujących w momencie, gdy ich bieżąca i historyczna kondycja finansowa oraz sytuacja majątkowa pozwala na pozytywną ocenę ich zdolności do obsługi i zabezpieczenia długu. Wyjątkiem są tu szczególne formy finansowania zewnętrznego obcego dedykowane podmiotom na początkowych etapach ich rozwoju. Przykładem mogą być fundusze *venture capital* lub aniołowie biznesu – wspierający kapitałem podmioty nawet na etapie rozwoju załążkowego³ (ang. *seed capital*).

Podstawowe cechy finansowania zewnętrznego obcego są następujące:

- finansowanie to obejmuje odpłatne i zwrotne źródła zasilania podmiotów leczniczych w kapitał;
- dopływ kapitału następuje przez różne segmenty rynku finansowego: przez rynek kapitałowy i pieniężny, poprzez rynek towarowy oraz w drodze szczególnych form finansowania⁴ (np. leasing, factoring itp.);
- kapitał odstępowany jest podmiotom leczniczym na czas określony (długo- lub krótkoterminowy);
- występowanie stosunków dłużniczych przy przekazaniu kapitału.

³ J. Duda, A. Wolak-Tuzimek, *Ventures capital jako źródło finansowania inwestycji małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce*, „Ekonomia Menedżerska” 2008, nr 3, s. 33–43.

⁴ *Finanse...*, red. L. Szyszko, s. 133.

Do przykładowych form finansowania zewnętrznego obcego podmiotów leczniczych można zaliczyć:

- kredyty krótko- i długoterminowe,
- pożyczki,
- emisję krótko- i długoterminowych papierów dłużnych,
- kredyt handlowy (kupiecki),
- leasing,
- factoring.

Warto pamiętać, że finansowanie zewnętrzne obce umożliwia podmiotom leczniczym nie tylko realizację zamierzeń przekraczających ich własne możliwości finansowe, ale również pozwala na kształtowanie optymalnej struktury kapitału i wykorzystanie mechanizmu działania dźwigni finansowej.

Najbardziej naturalnym i podstawowym źródłem finansowania działalności każdego przedsiębiorstwa – w tym również podmiotów leczniczych – jest finansowanie wewnętrzne. Podmioty lecznicze są tworzone, aby realizować swoją podstawową działalność, jaką jest działalność lecznicza, i z tej działalności powinny osiągać największą część swoich przychodów. Należy jednak podkreślić, że przychody nie są jedyną formą pozyskiwania finansowania wewnętrznego. Finansowanie wewnętrzne powstaje na skutek dwóch różnych kategorii przekształceń:

- przekształceń dóbr rzeczowych w środki finansowe, np. poprzez przekształcenia majątkowe w formie sprzedaży, likwidacji czy też racjonalnego wykorzystywania składników majątku przedsiębiorstwa;
- przekształceń w strukturze kapitału poprzez tworzenie długookresowych rezerw i zatrzymywanie zysków w przedsiębiorstwie.

Wśród przykładowych form finansowania wewnętrznego podmiotów medycznych można zatem wymienić:

- przychody ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych – główna składowa tworzonych nadwyżek finansowych,
- amortyzację,
- przychody ze sprzedaży majątku,
- zatrzymany zysk,
- tworzone rezerwy.

Wyszczególnione w tabeli 10 kryterium terminowości pozwala na dychotomiczny podział kapitałów, przyzwalający na wyodrębnienie kapitału długoterminowego i kapitału krótkoterminowego. Kapitał długoterminowy charakteryzuje się terminem spłaty dłuższym niż jeden rok. Kapitał krótkoterminowy zaś ma termin wymagalności poniżej jednego roku. Z punktu widzenia zarządzania finansami podmiotów leczniczych podział ten jest o tyle istotny, że różnicuje kapitały o częstszej rotacji – od stabilniejszych źródeł finansowania działalności. Podział podstawowych form kapitałów krótko- i długoterminowych zaprezentowano w tabeli 10.

Tabela 10. Formy kapitału krótko- i długoterminowego

Forma kapitału	Kapitał długoterminowy	Kapitał krótkoterminowy
Akcje/udziały	×	
Dopłaty do kapitału	×	
Zyski zatrzymane	×	
Kredyty i pożyczki	×	×
Obligacje	×	
Leasing	×	
Dotacje	×	
Zobowiązania		×
Zaliczki		×
Kredyt handlowy (kupiecki)		×
Krótkoterminowe papiery dłużne		×
Faktoring		×
Forfaiting		×
Sekurytyzacja		×
Amortyzacja		×
Sprzedaż składników majątku		×

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 138–139; W. Bień, *Zarządzanie...*, s. 158–165.

Ostatnie z kryteriów różnicujących źródła finansowania to kryterium obowiązkowości. Pozwala ono wyróżnić źródła obligatoryjne i fakultatywne.

Konieczność tworzenia kapitałów obligatoryjnych wynika z przepisów prawa (z ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych⁵ czy ustaw regulujących działalność zakładów opieki zdrowotnej). Kapitały obligatoryjne to przede wszystkim kapitał podstawowy, który w zależności od formy prawnej przedsiębiorstwa może również nosić różne nazwy (w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest to kapitał założycielski). Pozostałe kapitały, które podmioty lecznicze tworzą na podstawie umów lub statutu, to kapitały fakultatywne⁶.

Przedstawione kryteria podziału źródeł finansowania wykorzystywanych w działalności podmiotów leczniczych wraz z opisem przyporządkowanych do nich form wskazują na duże ich zróżnicowanie. Implikuje to znaczny stopień trudności w obszarze zarządzania kapitałem w przedsiębiorstwie, obejmujący dobór źródeł finansowania działalności czy kształtowanie struktury kapitału. Zagadnienia te zostaną przedstawione w kolejnych częściach opracowania.

2.3. Definicja i czynniki kształtujące strukturę kapitału w podmiotach leczniczych

Problematyka struktury kapitału podmiotów leczniczych dotyczy przede wszystkim odpowiedzi na pytanie o relację między poszczególnymi składnikami kapitałów wykorzystywanych w finansowaniu prowadzonej działalności⁷. W literaturze przedmiotu pojęcie struktury kapitału jest różnorodnie definiowane. Podstawowe podejścia do definiowania tego pojęcia ukazane zostały w tabeli 11.

Zaprezentowane kolejno podejścia do definiowania struktury kapitału stopniowo zawężają zakres pozycji pasywów podmiotów leczniczych branych pod uwagę przy opisywaniu tego pojęcia. Przede wszystkim rozróżniane jest pojęcie struktury kapitału i struktury finansowania.

⁵ Tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1526 ze zm.

⁶ W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 141.

⁷ J. Gajdka, *Teorie struktury kapitału i ich aplikacja w warunkach polskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002, s. 9.

Tabela 11. Definicje struktury kapitału w literaturze przedmiotu

Autor definicji	Definicja
L. Szyszko	Struktura finansowania jest równoznaczna ze strukturą pasywów, odzwierciedla relacje między takimi pozycjami jak: kapitał własny, zobowiązania krótko- i długoterminowe
M. Jerzemowska	Struktura finansowania jest definiowana jako struktura kapitału stałego, który finansuje majątek trwały i część majątku obrotowego; na strukturę kapitału składa się wyłącznie kapitał własny i zobowiązania długoterminowe (kapitał krótkoterminowy ulega ciągłej rotacji, stąd w dłuższym okresie o wielkości i strukturze kapitału w przedsiębiorstwie decyduje kapitał długoterminowy
A. Cwynar, W. Cwynar	Na strukturę finansowania składają się kapitał własny oraz zobowiązania, od których płacone jest oprocentowanie; przy zastosowaniu powyższej definicji kapitału struktura kapitału różni się od struktury pasywów – nie bierze się pod uwagę zobowiązań wobec dostawców, z tytułu podatków czy wynagrodzeń
A. Duliniec	Struktura finansowania jest równoznaczna ze strukturą papierów wartościowych wyemitowanych przez firmę, w podziale na papiery dłużne i papiery wierzytelne

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Duliniec, *Struktura i koszt kapitału w przedsiębiorstwie*, s. 12–13; M. Jerzemowska, *Kształtowanie...*, s. 14; A. Cwynar, W. Cwynar, *Kreowanie wartości spółki poprzez długoterminowe decyzje finansowe*, Polska Akademia Rachunkowości S.A., Łódź 2007, s. 125; *Finanse...*, red. L. Szyszko, s. 141.

Zdaniem wielu autorów struktura finansowania to relacja kapitału obcego i własnego w finansowaniu działalności podmiotu (pierwsza definicja), natomiast strukturą kapitału jest jedynie relacja kapitałów własnych wykorzystywanych do finansowania działalności i zobowiązań długoterminowych (druga definicja)⁸. W tym ujęciu struktura finansowania jest pojęciem szerszym i obejmuje całość pasywów bilansu, ujmując zobowiązania krótko- i długoterminowe oraz kapitały własne. Struktura kapitału stanowi element struktury finansowania – po wyeliminowaniu zobowiązań krótkoterminowych⁹.

W kolejnej, zaprezentowanej w tabeli 11, definicji struktura kapitału jest różnicowana względem struktury pasywów w zakresie tzw. „darmowych”

⁸ R. Pike, B. Neale, *Corporate Finance and Investment*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1993, s. 326; M. Jerzemowska, *Kształtowanie...*, s. 14.

⁹ *Ibidem*.

zobowiązań. Są to zobowiązania, od których podmiot leczniczy nie płaci odsetek. Warto zwrócić uwagę, że należą do nich zobowiązania krótkoterminowe – wobec dostawców, z tytułu podatków czy wynagrodzeń – które obok krótkoterminowych zobowiązań odpłatnych zostały wyłączone ze struktury kapitału już w drugiej definicji.

Ostatnie podejście do definiowania struktury kapitału może być wykorzystywane w podmiotach funkcjonujących w systemach finansowych, w których finansowanie odbywa się głównie poprzez rynek kapitałowy. Definiowanie struktury kapitału jako struktury wyemitowanych papierów wartościowych nie znajdzie raczej zastosowania do większości polskich przedsiębiorstw, których głównymi źródłami finansowania są nadal kapitały własne i kredyt bankowy.

W niniejszym opracowaniu struktura kapitału definiowana będzie w najszerszym ujęciu. Przyjęto, że jest ona równoznaczna ze strukturą pasywów (a więc jest także równoznaczna ze strukturą finansowania).

W rozważaniach dotyczących struktury kapitału podmiotów leczniczych niezwykle ważne jest wskazanie czynników wpływających na decyzje co do wyboru źródeł finansowania przez te podmioty. Decyzje podejmowane w tym zakresie kształtują bowiem omawianą strukturę kapitału. Wśród ważnych czynników różnicujących decyzje podmiotów leczniczych w zakresie wyboru źródła finansowania należy wymienić:

- formę organizacyjno-prawną podmiotu leczniczego;
- stan gospodarki;
- stopień rozwoju rynku finansowego i jego segmentów – dostępność kapitału własnego i obcego;
- sytuację finansową danego podmiotu leczniczego (bieżącą i prognozowaną);
- strukturę aktywów podmiotu leczniczego;
- strukturę własnościową w podmiocie – obecną i po włączeniu nowego źródła w strukturę kapitału;
- stanowisko kierownictwa i sprawowanie kontroli nad firmą;
- ocenę zdolności kredytowej i płynności finansowej dokonaną przez pożyczkodawcę/kredytobiorcę;
- możliwość udzielenia gwarancji i zabezpieczeń przez przedsiębiorstwo pożyczkodawcy/kredytodawcy;

- ryzyko związane z pozyskiwanym kapitałem, np. ryzyko utraty wypłacalności i ponoszenia kosztów obsługi długu;
- kwestie podatkowe związane z wykorzystaniem danego źródła finansowania;
- koszt kapitału własnego i obcego.

Analizując charakter zaprezentowanych czynników wpływających na wybór źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych, można wyróżnić pięć podstawowych kryteriów, którymi kierują się decydenci w procesie wyboru źródła finansowania¹⁰:

- dostępność formy finansowania,
- elastyczność formy finansowania,
- koszt związany z zaangażowaniem danej formy finansowania,
- efekt dźwigni finansowej,
- ryzyko obsługi związane z formą finansowania.

Kryterium dostępności danej formy finansowania związane jest z kilkoma czynnikami wymienionymi w treści tego podrozdziału. Czynnikiem takim jest z pewnością forma prawno-organizacyjna, w jakiej funkcjonuje podmiot leczniczy. Za przykład może tu posłużyć pozyskanie kapitału w formie emisji akcji, której mogą dokonać jedynie podmioty działające w formie spółki akcyjnej. Również emisja długoterminowych dłużnych papierów wartościowych, jakimi są obligacje, jest zarezerwowana dla określonej grupy podmiotów¹¹.

Z kryterium dostępności możemy również powiązać czynnik, którym jest faza cyklu życia przedsiębiorstwa. Na etapie rozpoczynania działalności przez podmiot leczniczy istnieją niewielkie szanse na wykorzystanie obcych form finansowania – dawcy kapitału nie mają wówczas podstaw do oceny zdolności kredytowej/płatniczej przedsiębiorstwa, a samo przedsiębiorstwo

¹⁰ A. Kusak, *Jak określić potrzeby finansowe firmy. ABC finansów*, „Serwis Finansowo-Księgowy” 2004, nr 10 (464), s. 8; A. Rutkowski, *Zarządzanie finansami*, PWE, Warszawa 2003, s. 265–267; P. Karpuś, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006, s. 186.

¹¹ Art. 2 ustawy z 15.01.2015 r. o obligacjach (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1208 ze zm.).

często nie ma również możliwości ustanowienia zabezpieczeń na posiadanym majątku.

Kryterium elastyczności danej formy finansowania jest szczególnie ważne w kontekście niepewności towarzyszącej prowadzeniu działalności gospodarczej. Zarządzający podmiotem leczniczym nie jest w stanie przewidzieć wszystkich przyszłych potrzeb finansowych podmiotu. Elastyczność danego źródła finansowania przejawia się w możliwości dopasowania dopływu środków finansowych zależnie od bieżących potrzeb, uwzględniając również możliwości dostosowania kosztów obsługi kapitału do aktualnych możliwości płatniczych podmiotu¹².

Podmioty lecznicze, podobnie jak inne podmioty gospodarujące, będą poszukiwały jak najtańszych źródeł kapitału. Należy jednak pamiętać, że kryterium kosztu kapitału dotyczy nie tylko minimalizacji nominalnej wysokości kosztów związanych z danym źródłem finansowania, ale odnosi się również do struktury (harmonogramu) jego spłaty. Wyższy koszt pozyskanego kapitału może być bowiem zrównoważony bardziej dopasowaną strukturą czasową spłaty, zbieżną z rozkładem przyszłych przepływów finansowych w podmiocie¹³.

Kryterium związane z efektem działania dźwigni finansowej dotyczy sytuacji, w której podmiot leczniczy, decydując się na zaangażowanie kapitałów obcych, ma możliwość zwiększenia rentowności kapitałów własnych. Uzyskanie pozytywnego efektu dźwigni finansowej jest jednak możliwe jedynie w sytuacji, gdy podmiot przekroczy graniczną wielkość wyniku operacyjnego umożliwiającą swobodne pokrycie kosztów angażowanego kapitału obcego.

Ostatnim z wymienionych kryteriów wyboru źródeł finansowania jest ryzyko związane z obsługą kapitału. Poszczególne źródła finansowania charakteryzuje zróżnicowany poziom ryzyka, a ich wykorzystanie w działalności uzależnione jest nie tylko od sytuacji finansowej podmiotu, ale również od poziomu awersji do ryzyka osób zarządzających jego finansami.

¹² P. Karpus, *Zarządzanie...*, s. 187.

¹³ *Ibidem*.

2.4. Specyfika finansowania działalności podmiotów leczniczych

Różnorodność podmiotów realizujących działalność leczniczą, a w szczególności rozróżnienie na podmioty publiczne oraz niepubliczne, ma swoje konsekwencje również dla możliwości finansowania działalności tych podmiotów. W tabeli 12 zestawiono podstawowe cechy kapitałów własnych i obcych podmiotów leczniczych w podziale na podmioty publiczne i niepubliczne.

Tabela 12. Cechy kapitałów własnych i obcych podmiotów leczniczych

Wyszczególnienie	Kapitały (fundusze) własne		Kapitały obce
	publiczne	niepubliczne	
Status prawny dawcy kapitału	właściciel – organ założycielski	właściciel, współwłaściciel (osoba prawna lub osoba fizyczna)	wierzyciel
Czas zaangażowania kapitału	nieograniczony (bezzwrotność)	nieograniczony (bezzwrotność)	zwrotność i odpłatność, ograniczony (krótki lub długi)
Funkcje kapitału	robocza i gwarancyjna	robocza i gwarancyjna	robocza
Korzyści uzyskiwane przez dawcę kapitału	brak korzyści – podstawowym celem funkcjonowania podmiotu jest realizacja zadań publicznych (cel medyczny, nie ekonomiczny)	udział w zysku netto (dywidenda)	odsetki
Prawo decydowania o losach jednostki	uprawnienia władcze uprawnienia kontrolne uprawnienia nadzorcze	prawo głosu na walnym zgromadzeniu	brak (uprawnienia decyzyjne lub kontrolne mogą wystąpić w wyjątkowych sytuacjach)

Wyszczególnienie	Kapitały (fundusze) własne		Kapitały obce
	publiczne	niepubliczne	
Uprawnienia dawcy w przypadku likwidacji	pokrywa zobowiązania podmiotu – zaspokaja wierzycieli z likwidowanego majątku przejmuje majątek, zobowiązania i należności podmiotu pozostałe po jego likwidacji	udział w podziale majątku po zaspokojeniu wierzycieli	roszczenia wierzycieli regulowane są przed roszczeniem właścicieli
Obciążenia podatkowe z tytułu korzystania z kapitału	brak	wypłaty dla właścicieli (np. dywidendy) realizowane są z zysku po opodatkowaniu	odsetki od kapitału zmniejszają podstawę wymiaru podatku

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 63–65.

W przypadku podmiotów leczniczych niepublicznych, funkcjonujących na zasadach komercyjnych, analogicznych jak przedsiębiorstwa w innych branżach dobór źródeł finansowania jest właściwie nieograniczony. Niepubliczne podmioty lecznicze wyposażane są przez dawców wewnętrznych i zewnętrznych w kapitał, który może przyjąć najróżniejsze formy. W odniesieniu do podmiotów leczniczych publicznych występuje wiele ograniczeń zarówno co do możliwości wykorzystania źródeł finansowania działalności, jak i kierunków wydatkowania środków. W tabeli 13 przedstawiono źródła finansowania i kierunki wydatkowania środków przez publiczny podmiot leczniczy, jakim jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ).

Tabela 13. Źródła finansowania i kierunki wydatkowania środków przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ)

Źródła finansowania SPZOZ	Kierunki wydatkowania środków przez SPZOZ
– z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej; – z wydzielonej działalności innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności; – z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego; – na cele i na zasadach określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej; – na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami; – na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.	– realizacja zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; – remonty; – inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego; – realizacja projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA); – cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; – realizacja programów wieloletnich; – pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie art. 55 u.d.l. oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Analizując dość restrykcyjne ograniczenia w zakresie ustawowych źródeł finansowania i kierunków wydatkowania środków przez publiczny podmiot leczniczy, jakim jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, nasuwa się wniosek dotyczący możliwych różnic w kapitałach podmiotów leczniczych publicznych i prywatnych. W tabelach 14 i 15 zaprezentowano zestawienie pasywów pochodzące z bilansów dwóch wybranych podmiotów leczniczych reprezentujących publiczną i prywatną własność.

Tabela 14. Pasywa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (dane ze sprawozdania finansowego za rok 2015)

Pozycja pasywów	Wartość
Fundusz Własny	26 448 822,37
Fundusz założycielski	29 760 375,35
Fundusz Zakładu	7 124 237,04
Fundusz z aktualizacji wyceny	
Pozostałe fundusze rezerwowe	
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-17 040 252,09
Zysk (strata) netto	6 604 462,07
Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)	
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	77 615 413,10
Rezerwy na zobowiązania	17 982 502,87
Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	
Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	9 516 943,05
– długoterminowa	7 269 609,62
– krótkoterminowa	2 247 333,43
Pozostałe rezerwy	8 465 559,82
– długoterminowe	0,00
– krótkoterminowe	8 465 559,82
Zobowiązania długoterminowe	480 356,00
Wobec jednostek powiązanych	
Wobec pozostałych jednostek	480 356,00
a) kredyty i pożyczki	480 356,00
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	
c) inne zobowiązania finansowe	
d) inne	
Zobowiązania krótkoterminowe	48 415 988,94
Wobec jednostek powiązanych	
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie	
– do 12 miesięcy	
– powyżej 12 miesięcy	
b) inne	

Pozycja pasywów	Wartość
Wobec pozostałych jednostek	45 447 215,70
a) kredyty i pożyczki	53 364,00
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	
c) inne zobowiązania finansowe	
d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności	24 835 078,03
– do 12 miesięcy	24 835 078,03
– powyżej 12 miesięcy	
e) zaliczki otrzymane od dostawcy	
f) zobowiązania wekslowe	
g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	8 632 671,93
h) z tytułu wynagrodzeń	7 206 315,64
i) inne	4 719 786,00
Fundusze specjalne	2 968 773,24
Rozliczenia międzyokresowe	10 736 565,29
Ujemna wartość firmy	
Inne rozliczenia międzyokresowe	10 736 565,29
– długoterminowe	7 303 072,89
– krótkoterminowe	3 433 492,40
SUMA PASYWÓW	104 064 235,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania finansowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu za rok 2015, http://www.aszk.wroc.pl/ASK_source/dokumenty_pdf/bip/spraw_fin_2015.pdf [dostęp: 28.04.2021].

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu jest podmiotem publicznym, prowadzącym działalność w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ). Podstawowymi składnikami kapitałów własnych podmiotów leczniczych prowadzących działalność w formie prawno-organizacyjnej, jaką jest SPZOZ, są fundusz założycielski oraz fundusz zakładu. Organem założycielskim szpitala, a jednocześnie „dawcą” kapitału własnego dla tego podmiotu był Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Tabela 15. Pasywa Swissmed Centrum Zdrowia S.A. (dane ze sprawozdania finansowego za okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2019 r.)

Pozycja pasywów	Wartość (tys. zł)
I. KAPITAŁ WŁASNY	15 068
1. Kapitał akcyjny	61 182
2. Kapitał zapasowy	1 990
3. Kapitał rezerwowy	0
4. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-50 196
5. Zysk (strata) netto	2 092
II. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	25 668
1. Zobowiązania długoterminowe	15 780
1.1. Długoterminowe pożyczki i kredyty bankowe	15 000
1.2. Rezerwa na podatek odroczonej	329
1.3. Rezerwy długoterminowe	39
1.4. Zobowiązania długoterminowe z tytułu leasingu finansowego	399
1.5. Pozostałe zobowiązania długoterminowe	13
2. Zobowiązania krótkoterminowe	9 426
2.1. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług oraz pozostałe zobowiązania	3 473
2.2. Zobowiązania z tytułu świadczeń pracowniczych	329
2.3. Zobowiązania krótkoterminowe z tytułu leasingu finansowego	138
2.4. Krótkoterminowe pożyczki i kredyty bankowe	5 144
2.5. Rezerwy krótkoterminowe	342
3. Pozostałe pasywa	462
PASYWA RAZEM	40 736

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania Zarządu z działalności Swissmed Centrum Zdrowia S.A. za okres od 1 kwietnia 2018 do 31 marca 2019 r., https://swissmed.com.pl/pliki/Raporty%20Zalaczniki/raport_roczny_2018/jednostkowy/SPRAWOZDANIE%20ZARZ%C4%84DU%202018_SWISSMED_JEDNOSTKA%20DOMINUJ%C4%84CA%2030.07.2019.pdf [dostęp: 28.04.2021].

Swissmed Centrum Zdrowia S.A. jest podmiotem leczniczym prywatnym, prowadzącym działalność w formie spółki akcyjnej, notowanej w obrocie publicznym. Pierwsze notowanie akcji Swissmed Centrum Zdrowia na warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych miało miejsce dnia 15 października 2004 r. Stąd w kapitale własnym tego podmiotu dominuje kapitał akcyjny oraz zapasowy.

Analizując pasywa obu podmiotów leczniczych należy stwierdzić, że różnice w kapitałach własnych są pochodną różnorodnych form prawno-organizacyjnych, w jakich funkcjonują. Interesująca jest także różnorodna

struktura zobowiązań opisywanych podmiotów w podziale na krótko- i długoterminowe. Wśród zobowiązań Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu dominują zdecydowanie zobowiązania krótkoterminowe, zaś w zobowiązaniach Swissmed Centrum Zdrowia S.A. – zobowiązania długoterminowe. Może być to spowodowane finansowaniem składników aktywów trwałych Swissmed Centrum Zdrowia S.A. z długoterminowych kredytów bankowych, podczas gdy większość aktywów trwałych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu wniesiona była do podmiotu aportem (szpital powstał z połączenia trzech szpitali klinicznych).

Wnioskowanie na temat różnic w finansowaniu publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych na podstawie danych finansowych dwóch podmiotów, których pasywa zaprezentowano w tej części opracowania, jest niemożliwe. Niemniej jednak obserwacje te mogą stanowić przyczynek do podjęcia badań w zakresie zróżnicowania źródeł finansowania podmiotów leczniczych publicznych i prywatnych. Problematyka ta stanowi z pewnością bardzo interesujący obszar badań.

Rozdział 3

Finansowanie działalności podmiotów lecniczych przez NFZ

3.1. Podstawy prawne kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Polsce jest wysoce wystandardyzowany i obwarowany licznymi regulacjami prawnymi¹. Głównymi aktami prawnymi kształtującymi ramy prawne przeprowadzania procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych są podstawowe ustawy regulujące działalność leczniczą. Należy tu wymienić przede wszystkim:

- ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- ustawę o działalności leczniczej.

Kolejną grupę aktów prawnych dotyczących przeprowadzania procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych stanowią rozporządzenia właściwego dla omawianej działalności ministra, a więc Ministra Zdrowia. Rozporządzenia te stanowią najliczniejszą grupę regulacji prawnych związanych z procesem kontraktowania świadczeń zdrowotnych, dając szczegółowe rozwiązania w obszarze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do podstawowych rozporządzeń we wskazanym zakresie należą:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²;

¹ A. Pietraszewska-Macheta, *Nowe procedury kontraktowania i rozliczania z NFZ świadczeń medycznych*, ODDK, Gdańsk 2012, s. 183.

² Tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 320 ze zm.

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁴;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁵;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2013 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych związanych z nabywaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁷.

Istotną grupę regulacji prawnych stanowią również zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz uzupełniające procedury wewnętrzne NFZ. Do podstawowych zarządzeń Prezesa NFZ należą między innymi:

- zarządzenie nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸,
- zarządzenie nr 23/2017/DSOZ z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁹,

³ Dz. U. poz. 1372 ze zm.

⁴ Tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2209.

⁵ Tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1199 ze zm.

⁶ Dz. U. poz. 489.

⁷ Dz. U. poz. 2045.

⁸ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-182017dsoz,6565.html> [dostęp: 26.07.2021].

⁹ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-232017dsoz,6568.html> [dostęp: 26.07.2021].

- zarządzenie nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰.

Należy podkreślić, że wskazane zarządzenia stanowią jedynie przykład i wąski wycinek zakresu regulacji stanowionych na poziomie NFZ¹¹.

Wśród regulacji prawnych kształtujących proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych znajdują się również rozporządzenia Ministra Finansów. Dotyczą one obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej i stosowane są odpowiednio do formy prowadzonej działalności. Należy tu wymienić:

- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹²;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej¹³.

Wysoka standaryzacja regulacji prawnych związana z wykorzystywaniem w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej środków publicznych jest jak najbardziej wskazana. Warto jednak zadbać o przejrzystość tworzonych regulacji oraz ich niezmienność w czasie. Niestabilność uwarunkowań prawnych działalności podmiotów leczniczych jest bowiem czynnikiem zwiększającym ryzyko ich funkcjonowania.

¹⁰ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadenia-prezesa/zarzadenia-prezesa-nfz/zarzadenie-nr-542011dsoz,4603.html> [dostęp: 26.07.2021].

¹¹ Zarządzenia i komunikaty prezesa NFZ oraz uchwały rady i zarządu NFZ publikowane są na stronie internetowej NFZ – <https://www.nfz.gov.pl>.

¹² Dz. U. poz. 866.

¹³ Dz. U. Nr 293, poz. 1728.

3.2. Sposoby finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

Zróźnicowanie metod finansowania świadczeń medycznych wynika w głównej mierze ze zróźnicowania jednostki rozliczeniowej stanowiącej podstawę rozliczenia ze świadczeniodawcą¹⁴. Dodatkowo parametrem różnicującym może być cena stanowiąca źródło przychodów podmiotu leczniczego oraz moment realizowania płatności za wykonane usługi przez płatnika.

Można wyróżnić kilka systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne¹⁵:

- 1) płatność za tzw. kontrakty blokowe, w tym:
 - płatność za osobodzień leczenia,
 - płatność za hospitalizowanego pacjenta,
 - płatność za liczbę i rodzaj procedur medycznych,
 - płatność za leczoną jednostkę chorobową,
 - płatność kapitulacyjna;
- 2) płatność za tzw. przypadki mieszane;
- 3) płatność za przypadki.

Możliwość tak zróźnicowanego kształtowania systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne niesie za sobą określone konsekwencje. Dotyczą one głównie trzech grup podmiotów uczestniczących w procesie realizacji świadczeń zdrowotnych:

- świadczeniodawców,
- płatnika,
- pacjentów.

¹⁴ H. Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 86.

¹⁵ M. Cygańska, J. Gierusz, *Ewolucja zasad kontraktowania usług zdrowotnych w Polsce na tle wybranych krajów*, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania, Sopot 2007, s. 21–22, http://zif.wzr.pl/pim/2007_4_2.pdf [dostęp: 27.04.2021]; P. Bromber, *Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65, s. 551; M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 72; J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004, s. 171.

Dla pełnego rozeznania metod finansowania świadczeń zdrowotnych zasadne jest więc wskazanie cech poszczególnych metod, a także skutków ich zastosowania dla każdej z uczestniczących w tym procesie grup.

Kontrakty blokowe są pierwszą, najczęściej występującą w praktyce metodą finansowania świadczeń zdrowotnych. Różnią się między sobą przyjętą jednostką rozliczeniową. Zalety i wady poszczególnych systemów wynagradzania świadczeniodawców za świadczenia medyczne w ramach kontraktów blokowych rozpatrywane ze strony świadczeniobiorców zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 16. Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia świadczeniodawcy

Metoda finansowania	Podstawowe cechy danej metody z punktu widzenia świadczeniodawcy
Płatność za osobodzeń leczenia	Prosta ewidencja, nieskomplikowany rachunek kosztów, niewielka liczba wskaźników działalności, które stanowią podstawę oceny świadczeniodawcy. Tendencja do zwiększania liczby przyjęć, zwiększenia wskaźnika wykorzystania łóżek oraz rozbudowy bazy łóżkowej.
Płatność za hospitalizowanego pacjenta	Występuje motywacja do otwierania nowych oddziałów będących częścią już istniejących (np. w przypadku oddziałów chirurgicznych wyodrębnia się oddziały chirurgii ogólnej, urazowej, naczyniowej, dziecięcej). Działania te mają na celu zwiększenie przychodów przez uzyskanie kontraktu na hospitalizację na dodatkowych oddziałach. Procedura rozdrabniania już istniejących oddziałów jest kosztowna, nieefektywna szczególnie w przypadku wyodrębnienia niewielkich oddziałów, na których zapewnienie całodobowej opieki jest bardzo kosztowne. Ponadto leczenie pacjentów na dużych, wielospecjalistycznych oddziałach jest tańsze niż na niewielkich, ale bardzo wyspecjalizowanych.
Płatność za liczbę i rodzaj procedur medycznych	Motywacja do zwiększenia liczby oraz podnoszenia jakości wykonywanych procedur medycznych. Zwiększenie liczby wykonywanych procedur ponad poziom wymagany (zakontraktowany) może być przyczyną niekontrolowanego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną. Zwiększona podaż usług prowadzi do sztucznego popytu na usługi zlecone przez świadczeniodawców.

Metoda finansowania	Podstawowe cechy danej metody z punktu widzenia świadczeniodawcy
Płatność za leczoną jednostkę chorobową	Silna motywacja świadczeniodawców do racjonalizacji kosztów leczenia, gdyż są oni opłacani na podstawie diagnozy przypadku, a nie pracy wykonanej w trakcie jego leczenia, co pozwala maksymalizować ich dochody przez zmniejszenie kosztów. Istnieje ryzyko poniesienia strat przy leczeniu dużej liczby pacjentów znajdujących się w „górnej grupie” kosztowej danej kategorii przypadku chorobowego. Wymagana jest szczegółowa ewidencja kosztów leczonych przypadków chorobowych.
Opłata kapitulacyjna	Silna motywacja do obniżania kosztów opieki (co wynika z ustalania budżetu w trybie <i>ex ante</i>) i podnoszenia efektywności świadczonej opieki; świadczeniodawcy „faworyzują” profilaktykę obniżając wydatki na późniejsze kosztowne leczenie. Brak motywacji do zwiększania liczby usług medycznych na rzecz pacjentów. Możliwość „wciągania” na listę pacjentów relatywnie zdrowych i kierowania ich na wyższe poziomy opieki medycznej, by tym samym obniżyć ponoszone przez siebie koszty.

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 85–91; M. Jaworzyńska, *Metody finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2012, nr 46/4, s. 278–285.

Stosowanie kontraktów blokowych dotyczy finansowania podmiotów leczniczych na podstawie tzw. budżetu globalnego. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przyjmowania pacjentów w razie potrzeby, otrzymując określoną z góry, stałą kwotę. Sprawia to, że ryzyko sfinansowania kosztów świadczenia usług medycznych ponosi w całości świadczeniodawca. Wzrost potrzeb zdrowotnych w danym okresie rozliczeniowym może skutkować wykonaniem usług w ilości przekraczającej poziom planowany, co z kolei zrodzi problem pokrycia kosztów dodatkowej, niezaplanowanej działalności. Wykorzystanie kontraktów blokowych wymaga więc od świadczeniodawców działań związanych z bieżącym monitorowaniem ilości świadczonych usług czy efektywności wykorzystania zasobów.

Z punktu widzenia płatnika zastosowanie kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne jest dużo korzystniejsze niż z punktu widzenia samych świadczeniodawców (tabela 17).

Tabela 17. Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia płatnika

Metoda finansowania	Podstawowe cechy danej metody z punktu widzenia płatnika
Płatność za osobodzień leczenia	Mała możliwość kontroli kosztów jednostkowych i całkowitych, świadczeniodawcy mogą wydłużać czas leczenia pacjentów i przejawiać niechęć do leczenia cięższych przypadków, co obciąża płatnika i skutkuje eskalacją kosztów w całym systemie opieki zdrowotnej.
Płatność za hospitalizowanego pacjenta	Mała możliwość kontroli kosztów całkowitych i jednostkowych, dlatego płatnik, aby ograniczyć możliwości generowania większych kosztów, nakłada limity przyjęć lub stosuje degresywne stawki opłat. Płatnicy zabezpieczają się również przed częstym przyjmowaniem przez świadczeniodawców tych samych pacjentów i nie płacą za pacjentów powtórnie przyjętych w ciągu określonej liczby dni po wypisie.
Płatność za liczbę i rodzaj procedur medycznych	Negatywnym skutkiem tej metody może być wystawianie przez świadczeniodawców faktur za wszystkie możliwe procedury medyczne. W tym systemie płaci się za usługi faktycznie wyświadczone pacjentom. Dlatego wymagane jest prowadzenie szczegółowej dokumentacji dotyczącej liczby i rodzaju wykonanych świadczeń zdrowotnych. Duże koszty monitorowania wykonanych świadczeń.
Płatność za leczoną jednostkę chorobową	Wysokie koszty zarządzania systemami informacji. Potrzeba przygotowania standardów dotyczących grup różnych jednostek chorobowych. Jednocześnie bardziej szczegółowy system podziału diagnoz pociąga za sobą wyższe koszty jego obsługi, ale z drugiej strony zwiększa stopień jednorodności dla alokacji środków pieniężnych. System zarządzania, rachunku kosztów oraz przepływu środków pieniężnych dostarcza informacji do oceny protokołów leczenia, typów pacjentów, oceny działalności świadczeniodawców oraz umożliwia opracowania danych epidemiologicznych.
Opłata kapitacyjna	Możliwość globalnej kontroli kosztów opieki zdrowotnej, łatwe i proste wyliczenia budżetu świadczeniodawcy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hass-Symotiuik, *Rachunkowość...*, s. 85–91; M. Jaworzyńska, *Metody...*, s. 278–285.

Dla płatnika kontrakty blokowe są stosunkowo korzystnym rozwiązaniem. Dają one możliwość łatwiejszej kontroli kosztów dzięki temu, że ich kwota jest z góry znana. Ułatwia to planowanie i zmniejsza ryzyko działalności płatnika.

Ostatnią z trzech grup podmiotów uczestniczących w procesie realizacji świadczeń zdrowotnych są pacjenci. Zalety i wady poszczególnych

systemów wynagradzania świadczeniodawców za świadczenia medyczne w ramach kontraktów blokowych rozpatrywane z punktu widzenia tej grupy interesariuszy zaprezentowano w tabeli 18.

Tabela 18. Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia pacjenta

Metoda finansowania	Podstawowe cechy danej metody z punktu widzenia pacjenta
Płatność za osobodzień leczenia	Pacjenci z poważnymi schorzeniami mogą być niechętnie przyjmowani do szpitala albo przetrzymywani ponad niezbędny czas leczenia, co wynika z wysokich kosztów leczenia pacjenta w pierwszych dniach pobytu (koszty diagnozy i terapii) i późniejszego ich obniżenia do poziomu kosztów „hotelowych”.
Płatność za hospitalizowanego pacjenta	Łatwy dostęp do szpitali skłonnych do hospitalizowania „lekkich przypadków chorobowych”. Świadczeniodawcom zależy na jak najwcześniejszym wypisaniu pacjentów do domu. W razie zaostrzenia choroby są oni chętnie przyjmowani ponownie, gdyż dzięki temu można wystawić nowy rachunek płatnikowi.
Płatność za liczbę i rodzaj procedur medycznych	Łatwy dostęp do większości usług medycznych i zmiana świadczeniodawcy. Brak utrudnień w dostępie do świadczeń pacjentom wymagającym częstego i kompleksowego leczenia. Wadą jest wzrost liczby procedur, niekoniecznie uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta. Obciążają one pacjentów dodatkowym ryzykiem powikłań oraz dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością odbywania wizyt, dojazdów, nieobecności w pracy itp.
Płatność za leczoną jednostkę chorobową	Pacjenci otrzymują tylko potrzebne świadczenia, mogą one być niewystarczające. Ponadto pacjenci wymagający częstego i kompleksowego leczenia mogą spotkać się z ograniczonym dostępem do usług medycznych.
Opłata kapitacyjna	Świadczenia są realizowane przez jednego lekarza, co wzmacnia relacje pacjent–lekarz. Istnieje niebezpieczeństwo niestarannej opieki nad pacjentem, co częściowo może być niwelowane przez możliwość swobodnego wyboru lekarza przez pacjenta. Świadczeniodawcy mogą ograniczać zapisywanie pacjentów z dużymi potrzebami zdrowotnymi. Można temu przeciwdziałać, zwiększając kwotę na pacjentów z grup zwiększonego ryzyka zdrowotnego. Zbyt duża liczba pacjentów zwiększa przychody świadczeniodawców, ale może pogorszyć jakość opieki.

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hass-Symotiuł, *Rachunkowość...*, s. 85–91; M. Jaworzyńska, *Metody...*, s. 278–285.

Wadą systemu kontraktów blokowych dla pacjenta jest limitowanie ilości świadczeń, ograniczanie hospitalacji (wyłącznie do ciężkich przypadków), stosowanie obniżających poziom kosztów, tańszych metod diagnostyki, leczenia czy farmakologii. Realizacja kontraktów blokowych zapewnia co prawda ciągłość opieki medycznej, ale w warunkach dużego popytu na świadczenia medyczne ciągłość nie musi oznaczać dostępności.

Kolejnym rodzajem systemu wynagradzania za świadczenia medyczne – obok kontraktów blokowych – jest płacenie za tzw. przypadki mieszane¹⁶. Jest to metoda polegająca na płaceniu za wyleczonych pacjentów, którzy klasyfikowani są według opracowanych algorytmów grupy. Grupy te są najczęściej zróżnicowane diagnostycznie, ale podobne kosztowo. Grupy jednorodne kosztowo mają przypisaną określoną liczbę punktów. Punkty zaś mają wyznaczoną wartość w rozliczeniach z płatnikiem¹⁷. Stąd cena wykonanego w podmiocie leczniczym świadczenia stanowi iloczyn wagi grupy diagnostycznej i opłaty za punkt.

Wśród zalet systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) można wymienić¹⁸:

- silną motywację do racjonalizacji kosztów leczenia – poszukiwanie nowych, równie skutecznych, lecz tańszych metod leczenia danego przypadku;
- otrzymywanie przez pacjenta tylko tych świadczeń, które są mu potrzebne;
- jasne kryteria finansowania – „za cięższe przypadki płaci się więcej”.

Mechanizm finansowania na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów stwarza warunki racjonalizacji działalności usługowej podmiotu leczniczego. Jego zastosowanie może zwiększyć efektywność ekonomiczną podmiotu leczniczego, ale przede wszystkim może stanowić narzędzie łagodzenia konfliktów występujących między różnymi grupami

¹⁶ M. Jaworzyńska, *Metody...*, s. 283.

¹⁷ *Strategia, finanse i koszty szpitala*, red. J. Stępniewski, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 86.

¹⁸ K. Kissimova-Skarbek, *Finansowanie opieki zdrowotnej [w:] Zdrowie publiczne*, t. 2, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 28.

interesariuszy: pacjentami, właścicielami, zarządzającymi podmiotem leczniczym, czy lekarzami¹⁹.

Należy jednak pamiętać, że system JGP nie jest pozbawiony wad. Należy do nich zaliczyć²⁰:

- klasyfikowanie pacjentów do wyższej grupy niż wymaga tego stan pacjenta i jego leczenie w celu uzyskania wyższej opłaty;
- przerzucanie części postępowania leczniczego na opiekę otwartą, co indukuje niebezpieczeństwo obniżania jakości usług medycznych (diagnozowanie i skracanie pobytu pacjentów w szpitalu);
- niewykonywanie lub ograniczanie wykonywania drogich, niezbędnych badań lub niestosowanie drogiej farmakologii;
- wysokie koszty obsługi systemu JGP;
- zainteresowanie podmiotu leczniczego przyjmowaniem pacjentów generujących wyższe przychody, a odsyłanie „tańszych” przypadków do innych szpitali, co rodzi niebezpieczeństwo obniżenia dostępności świadczeń dla niektórych przypadków.

Wzorcem dla tworzenia polskiej wersji systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) był brytyjski system Health Resources Groups (HRG)²¹. W Polsce pierwsze próby wprowadzenia systemu JGP do rozliczeń ze szpitalami miały miejsce pod koniec lat 90. XX w. Finalnie system ten obowiązuje w lecznictwie szpitalnym w Polsce od dnia 1 lipca 2008 r. Strukturę systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Polsce wraz z liczbą grup i sekcji zaprezentowano w tabeli 19.

¹⁹ *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, PWN, Warszawa 2008, s. 100.

²⁰ M. Jaworzyńska, *Metody...*, s. 285.

²¹ K. Osiński, *System Jednorodnych Grup Pacjentów – różne zastosowania systemu*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2017, nr 7 (3), s. 232.

Tabela 19. Struktura systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Polsce wraz z liczbą sekcji i grup (stan na wrzesień 2015 r.)

Sekcje (17)					
Grupy (539)					
Kod	Nazwa	Charakterystyka grupy			
		Procedura medyczna	Rozpoznanie	Wiek pacjenta	Czas pobytu
Grupy zabiegowe (298)			Grupy zachowawcze (241)		
Kod	Nazwa	Etykieta	Zbiór kodów rozpoznań lub procedur kwalifikujących daną hospitalizację		
		Warunki kierunkowe			

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ewaluacja wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP*, Raport dla NFZ, EYGM, Warszawa 2015, s. 8, <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/NFZ-JGP-Raport-Streszczenie.pdf> [dostęp: 28.04.2021].

Produktem rozliczeniowym polskiego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów jest grupa, która ma przypisaną zryczałtowaną wartość rozliczeniową²². W polskim systemie JGP istnieje ponad 500 grup, które podzielono na grupy zabiegowe oraz zachowawcze, sklasyfikowane w kilkunastu sekcjach. Sekcje powiązane są z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny. Ich zestawienie zaprezentowano w tabeli 20.

²² *Opis działania algorytmu JGP wersja 1.1.2019*, NFZ, Warszawa 2019, s. 5, <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/jednorodne-grupy-pacjentow/komunikaty-jgp/informacja-dotyczaca-publicacji-opisu-algorytmu-jgp,44.html> [dostęp: 28.04.2021].

Tabela 20. Wybrane sekcje systemu Jednorodnych Grup Pacjentów

Oznaczenie sekcji	Nazwa sekcji	Grupy zabiegowe	Grupy zachowawcze	Liczba grup w sekcji ogółem
A	Choroby układu nerwowego	12	24	36
B	Choroby oczu	28	2	30
C	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	22	4	26
D	Choroby układu oddechowego	5	23	28
E	Choroby serca	28	28	56
F	Choroby przewodu pokarmowego	27	11	38
G	Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	16	8	24
H	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	36	11	47
J	Choroby piersi, skóry i oparzenia	20	10	30
K	Choroby układu dokrewnego	5	22	27
L	Choroby układu moczowo-płciowego	31	14	45
M	Choroby żeńskiego układu rozrodczego	13	9	22
N	Położnictwo i opieka nad noworodkami	10	11	21
P	Choroby dziecięce	0	27	27
Q	Choroby naczyń	29	1	30
S	Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	3	21	24

Źródło: D. Gilewski, *Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu*, NFZ, Warszawa 2010, s. 53, https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/JGP_2_11_07_2010.pdf [dostęp: 28.04.2021].

Mechanizm finansowania świadczeń zdrowotnych zgodnie z systemem Jednorodnych Grup Pacjentów ma charakter finansowania prospektywnego. Podstawową cechą metod prospektywnych jest ustalenie z góry zryczałtowanej kwoty do zapłaty za dany przypadek. Zryczałtowana kwota stanowi uśrednioną wartość standardowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w obszarze danego problemu zdrowotnego. Znajomość wysokości ryczałtu – odpowiadających kosztom poszczególnych świadczeń – jest niezwykle istotna dla podmiotu leczniczego. Pozwala planować i kontrolować poziom kosztów jednostkowych realizowanych świadczeń.

Ostatnim systemem wynagradzania za świadczenia medyczne jest płatność za poszczególne przypadki. Jest to metoda uzupełniająca, stosowana jedynie w szczególnych, indywidualnych przypadkach – gdy pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą nie była podpisana umowa kontraktowa lub gdy wielkości określone w kontrakcie zostały przekroczone. Ten rodzaj finansowania dotyczy nielicznych świadczeń zdrowotnych.

Warto wskazać, że jest to metoda oparta na retrospektywnych opłatach za usługę. Dokonywana jest po wykonaniu usługi, według poniesionych przez świadczeniodawcę rzeczywistych kosztów. Oznacza to dla świadczeniodawcy nie tylko ryzyko niesfinansowania przez płatnika zakwestionowanych świadczeń, ale również konieczność wstępnego finansowania świadczeń ze środków własnych lub wykorzystania alternatywnych źródeł finansowania świadczeń w okresie do momentu ich zapłaty przez płatnika.

Podstawową wadą tej metody finansowania świadczeń medycznych z punktu widzenia płatnika jest zaś brak kontroli kosztów jednostkowych i całkowitych, stąd płatnik może dążyć do obniżenia kosztów poszczególnych świadczeń lub kwestionować potrzebę ich wykonania²³.

Podsumowując, w polskim systemie finansowania świadczeń zdrowotnych najczęściej wykorzystywane są trzy sposoby rozliczania świadczeń: ryczałt, kapitacyjna stawka roczna, cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej²⁴.

²³ M. Jaworzyńska, *Metody...*, s. 285.

²⁴ P. Bromber, *Rola...*, s. 551.

Ryczałt jest stosowany w lecnictwie zamkniętym (szpitalnym), np. w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów analizowanych w tym podrozdziale.

Dwa kolejne sposoby rozliczania świadczeń zdrowotnych są charakterystyczne dla lecnictwa otwartego, na przykład dla finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Stosuje się tu zazwyczaj dualny sposób finansowania świadczeń. Stawka kapitacyjna wykorzystywana jest do finansowania świadczeń udzielanych w ramach gotowości:

- lekarza,
- pielęgniarki,
- położnej,
- zespołu lekarsko-pielęgniarskiego,
- jednostki transportu sanitarnego.

Świadczenia wyłączone z finansowania stawką kapitacyjną, np.:

- porady,
- wizyty,
- świadczenia,
- przewozy

rozliczane są według ceny jednostki rozliczeniowej.

Przykładowe wartości stawek kapitacyjnych porad w podstawowej opiece zdrowotnej za wybrane świadczenia lekarza i pielęgniarki obowiązujące w 2019 i 2020 r. zaprezentowano w tabeli 21.

Tabela 21. Wartości stawek kapitaacyjnych porad w POZ za wybrane świadczenia lekarza i pielęgniarzki od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2020 r.

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Od 1 grudnia 31 grudnia 2019 r.	Od 1 stycznia 31 marca 2020 r.	Od 1 kwietnia 30 czerwca 2020 r.	Od 1 lipca 31 sierpnia 2020 r.	Od 1 września 31 października 2020 r.	Od 1 listopada 31 grudnia 2020 r.
Zakres świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)								
1.1	Świadczenia lekarza POZ	Stawka kapitacyjna	162,60	162,60	166,20	168,60	171,00	171,00
1.1a	Świadczenia lekarza POZ – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego	Stawka kapitacyjna	164,16	164,16	167,76	170,16	172,56	172,56
1.2	Świadczenie lekarza POZ w profilaktyce chorób układu krążenia	Porada	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
1.3	Świadczenie lekarza POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań	Porada	49,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
1.4	Świadczenie lekarza POZ udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń	Porada	49,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
1.5	Świadczenie lekarza POZ udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	49,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
1.6	Świadczenie lekarza POZ w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Od 1 grudnia 2019 r.	Od 1 stycznia 2020 r.	Od 1 kwietnia 2020 r.	Od 1 lipca 2020 r.	Od 1 września 2020 r.	Od 1 listopada 2020 r.
Zakres świadczeń pielęgniarstwa POZ								
2.1	Świadczenia pielęgniarstwa POZ	Stawka kapitałowa	41,76	41,76	41,76	41,76	41,76	41,76
2.1a	Świadczenia pielęgniarstwa POZ – certyfikat akredytacji	Stawka kapitałowa	42,12	42,12	42,12	42,12	42,12	42,12
2.2	Świadczenie pielęgniarstwa POZ w ramach realizacji profilaktyki ginekologicznej	Wizyta	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
2.3	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań	Wizyta	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00
2.4	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń	Wizyta	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00
2.5	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00

Źródło: załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 95/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2020 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-952020dsoz,7199.html> [dostęp: 28.04.2021].

Analizując systemy finansowania świadczeń medycznych, należy pamiętać, że jednostka stanowiąca podstawę finansowania oraz sposób płatności to jedynie dwa elementy kontraktu łączącego świadczeniodawcę i płatnika. Równie istotnymi elementami kontraktu są²⁵:

- warunki i zasady udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zasady rozliczania z dostawcami usług medycznych,
- maksymalna kwota zobowiązań płatnika,
- zasady kontroli jakości usług,
- zasady dostępności usług,
- zasady prowadzenia przez świadczeniodawcę dokumentacji rozliczeniowej.

3.3. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

Zgodnie z art. 132 ust. 2 u.ś.o.z. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ. Umowa ta może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń na zasadach określonych w dziale VI u.ś.o.z. zatytułowanym „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”²⁶.

Celem procesu kontraktowania NFZ jest zawarcie umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a sam proces kontraktowania NFZ składa się z trzech etapów:

- 1) sporządzenia planu zakupu świadczeń;
- 2) przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia podmiotu leczniczego kluczowe są dwa ostatnie procesy – prowadzenie postępowań zmierzających do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca wskazał, że trybem

²⁵ M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 99.

²⁶ Art. 132–161b u.ś.o.z.

właściwym dla zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w formie:

- konkursu ofert,
- rokowań²⁷.

Należy pamiętać, że podstawowym trybem postępowania w kontraktowaniu NFZ jest konkurs ofert. Przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań może być realizowane w wyjątkowych, ściśle określonych sytuacjach. Można do nich zaliczyć następujące przypadki²⁸:

- uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert;
- zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć;
- jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oba postępowania mają podobny przebieg. Do poszczególnych etapów postępowania w trybie konkursów ofert lub rokowań przy zawieraniu przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej można zaliczyć:

- powołanie komisji konkursowej do przeprowadzenia postępowań;
- zamieszczenie ogłoszenia o konkursie ofert lub rokowaniach;
- składanie ofert;

²⁷ Wyjątkiem od reguły zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie konkursu ofert lub rokowań jest zawieranie umów ze świadczeniodawcami:

- udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

W wymienionych przypadkach zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu (art. 136 ust. 1 pkt 5 u.ś.o.z.).

²⁸ Art. 144 u.ś.o.z.

- część jawną konkursu składania ofert lub rokowań;
- część niejawną konkursu składania ofert lub rokowań;
- rozstrzygnięcie postępowania.

Szczegółowy opis kolejnych etapów postępowania w trybie konkursów ofert lub rokowań przy zawieraniu przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zaprezentowano w tabeli 22.

Tabela 22. Etapy postępowania w przedmiocie przeprowadzenia konkursu ofert i rokowań dotyczących kontraktowania NFZ

Etap	Charakterystyka etapu
Powołanie komisji konkursowej do przeprowadzenia postępowań	
Zamieszczenie ogłoszenia o konkursie ofert lub rokowaniach	Ogłoszenie o postępowaniu w trybie konkursu ofert/zaproszenie do rokowań powinno zawierać: – nazwy i siedziby: zamawiającego (wojewódzki oddział NFZ) i świadczeniodawców zaproszonych do rokowań (nie dotyczy konkursu ofert); – określenie wartości i przedmiotu zamówienia; – kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej i warunki techniczne udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (w tym wymagania w zakresie pomieszczeń, sprzętu, aparatury niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej); – miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert/rokowań oraz ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie zamówienia (termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia ogłoszenia); – miejsce i termin składania ofert, nie krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia; – miejsce i termin otwarcia ofert; – miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert/rokowań; – zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu ofert/rokowań oraz do przedłużenia terminu składania.

Etap	Charakterystyka etapu
Składanie ofert	Oferty składa się w zamkniętych kopertach w miejscu i czasie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert/zaproszeniu do rokowań. Osoba składająca ofertę osobiście otrzymuje potwierdzenie jej złożenia, które zawiera datę jej złożenia oraz numer z rejestru ofert. Po upływie terminu składania ofert: – oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania; – złożone w postępowaniu oferty wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi (oferent nie może po otwarciu ofert żądać zwrotu, zamiany lub przeniesienia dokumentów będących częścią oferty).
Część jawna konkursu składania ofert lub rokowań	W części jawnej konkursu ofert/rokowań komisja w obecności oferentów: – stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert/zaproszenia do rokowań oraz listę złożonych ofert; – otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki wymagane wobec świadczeniodawców; – przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.
Część niejawna konkursu składania ofert lub rokowań	W części niejawnej konkursu ofert/rokowań komisja może podjąć następujące rozstrzygnięcia: – wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia; – nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeśli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; – przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej albo ceny za udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
Rozstrzygnięcie postępowania	– ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania kończy procedurę postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a komisja ulega rozwiązaniu; – jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania, komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania; – rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie, natomiast w przypadku rokowań informację o rozstrzygnięciu ogłasza się: • na tablicy ogłoszeń wojewódzkiego oddziału NFZ, • na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego NFZ, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.

Podstawowym dokumentem sporządzanym przez potencjalnego świadczeniodawcę w przeprowadzanym konkursie ofert i rokowań dotyczących kontraktowania NFZ jest oferta. Poza danymi identyfikacyjnymi świadczeniodawcy zawiera ona: nazwę rodzaju i zakres świadczeń będących przedmiotem postępowania oraz obszar kontraktowania. Wzór oferty w konkursie ofert/rokowaniach w postępowaniu dotyczącym zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zaprezentowano w tabeli 23.

Tabela 23. Wzór oferty w konkursie ofert/rokowaniach w postępowaniu dotyczącym zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA Oddział Wojewódzki NFZ w OFERTA: Konkurs ofert* / Rokowania* (rok) (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania oraz obszaru kontraktowania – zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)
..... (kod postępowania – zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)
(pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta)
(adres siedziby oferenta – zgodny z właściwym rejestrem)
(oferent – pieczęć, podpis, data)
Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować)

* niepotrzebne skreślić

Źródło: załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Skuteczne przeprowadzenie postępowania konkursu ofert lub rokowañ dotyczących kontraktowania NFZ kończy się podpisaniem umowy ze świadczeniodawcą. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zwana inaczej kontraktem – może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany w wyniku przeprowadzonych postępowań²⁹. Stronami umowy są:

- świadczeniodawca,
- dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ.

Na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane są ze środków NFZ – objęte zakresem przedmiotowym i czasowym – świadczenia realizowane przez świadczeniodawcę.

²⁹ Zgodnie z art. 155–159 u.ś.o.z. podstawowe wymogi co do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są następujące:

- forma pisemnej umowy wymagana jest pod rygorem jej nieważności;
- czas, na jaki zawarto umowę nie może być nieokreślony;
- zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa NFZ;
- w przypadku zawarcia umowy na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu;
- przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ (jeżeli umowa nie stanowi inaczej).

Rozdział 4

Ocena kondycji finansowej podmiotów leczniczych

4.1. Pojęcie i zakres analizy finansowej

Analiza jest sposobem poznania badanych podmiotów poprzez ich podział na elementy proste oraz poprzez identyfikację zależności przyczynowo-skutkowych oraz powiązań między poszczególnymi elementami tworzącymi całość¹. Zwraca uwagę na konieczność zbadania całości, a nie wyłącznie poszczególnych struktur i elementów stanowiących przedmiot badania².

Za twórcę analizy ekonomicznej uznawany jest F. Quesnay³, zaś sam zakres tej dyscypliny definiowany jest jako identyfikacja i pomiar związków zachodzących pomiędzy poszczególnymi zjawiskami ekonomicznymi⁴. Dzięki różnorodnym metodom badawczym stosowanym w analizie ekonomicznej możliwe staje się wykrycie prawidłowości, które dotyczą postępowania przedsiębiorstw oraz ich reakcji na czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Analiza ekonomiczna pozwala na rozpoznanie odchyłeń poszczególnych

¹ M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, wyd. 3, PWN, Warszawa 2004, s. 11.

² L. Bednarski, R. Borowiecki, J. Duraj, E. Kurtys, T. Waśniewski, B. Wersty, *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 10.

³ *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, PWE, Warszawa 2018.

⁴ N. Grzenkowski, J. Kowalczyk, A. Kusak, Z. Podgórski, *Analiza finansowo-ekonomiczna jako narzędzie oceny kondycji przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017, s. 12–14; por. *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, red. M. Jerzemowska, wyd. 1, PWE, Warszawa 2004, s. 13.

założeń od rzeczywistego stanu. Umożliwia to planowanie działań korekcyjnych i modyfikacje danych zjawisk bądź procesów⁵.

Analiza finansowa stanowi część analizy ekonomicznej. Trudno poddać ją standaryzacji, gdyż jest to dziedzina kształtująca się w bardzo indywidualny sposób – dostosowująca się nie tylko do potrzeb osoby dokonującej analizy, ale również do danych podlegających badaniu⁶.

Zgodnie z literaturą przedmiotu obszarem zainteresowania analizy finansowej są wielkości ekonomiczne w ujęciu pieniężnym, w szczególności⁷:

- stan finansowy podmiotu leczniczego w określonym momencie (ujęcie statyczne);
- wyniki finansowe podmiotu leczniczego ustalone narastająco za pewien okres (ujęcie dynamiczne).

Należy zwrócić uwagę na dość różnorodne definiowanie zakresu analizy finansowej w literaturze przedmiotu. W węższym ujęciu wyróżniane są następujące obszary analizy finansowej podmiotu leczniczego⁸:

- majątek podmiotu leczniczego i źródła jego finansowania;
- wyniki finansowe podmiotu leczniczego;
- wskaźnikowa ocena kondycji finansowej w obszarach takich jak: płynność finansowa, poziom zadłużenia i zdolność podmiotu do spłaty długów, rentowność i sprawność działania, rynkowa wartość akcji i kapitału jednostki.

W szerszym ujęciu do zakresu analizy finansowej można zaliczyć następujące obszary⁹:

- sytuację majątkową i finansową podmiotu leczniczego,
- zdolność podmiotu leczniczego do rozwoju w przyszłości,
- efektywność działalności bieżącej podmiotu leczniczego.

⁵ L. Bednarski, R. Borowiecki, J. Duraj, E. Kurtys, T. Waśniewski, B. Wersty, *Analiza...*, s. 11–12.

⁶ P. Gołaszewski, P. Urbanek, E. Walińska, *Analiza sprawozdań finansowych*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Łódź 2001, s. 11–14.

⁷ T. Waśniewski, W. Skoczylas, *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004, s. 5.

⁸ A. Dyduch, M. Sierpińska, Z. Wilimowska, *Finanse i rachunkowość*, PWE, Warszawa 2013, s. 175.

⁹ J. Dyktus, M. Gaertner, B. Malik, *Sprawozdawczość i analiza finansowa*, Difin, Warszawa 2017, s. 41.

Niezależnie od uwzględnionego zakresu badania efektem analizy finansowej powinny być dane przetworzone w taki sposób, aby były użyteczne dla określonych grup odbiorców w procesach podejmowania decyzji zarządczych¹⁰.

Ze względu na dużą różnorodność podejść do analizy finansowej identyfikuje się wiele kryteriów jej podziału. W tabeli 24 zaprezentowano podstawowe kryteria klasyfikacji analizy finansowej oraz wyodrębnione z ich zastosowaniem rodzaje analizy finansowej.

Tabela 24. Kryteria klasyfikacji i rodzaje analizy finansowej

Kryterium klasyfikacji	Rodzaje analizy finansowej
Zakres przedmiotowy badań	– analiza całościowa – analiza odcinkowa
Częstotliwość badań	– analiza ciągła – analiza doraźna
Szczegółowość badań	– analiza ogólna – analiza szczegółowa
Czas przeprowadzania analizy	– analiza wstępna – analiza następcza
Zastosowane metody badań	– analiza funkcjonalna – analiza decyzyjna – analiza kompleksowa
Przeznaczenie analizy	– analiza zewnętrzna – analiza wewnętrzna
Charakterystyka badanych czynników	– analiza statyczna – analiza dynamiczna
Czas objęty analizą	– analiza retrospektywna – analiza bieżąca
Rodzaje informacji analitycznej	– analiza strukturalna – analiza zależnościowa

Źródło: E. Nowak, *Jak czytać...*, s. 42.

¹⁰ E. Nowak, *Jak czytać sprawozdania finansowe*, PWE, Warszawa 2017, s. 41.

Duża różnorodność kryteriów podziału oraz rodzajów analizy finansowej wskazuje na bardzo szerokie możliwości zastosowania tego narzędzia w ocenie kondycji finansowej różnorodnych podmiotów, w tym podmiotów leczniczych.

4.2. Materiały źródłowe w analizie ekonomicznej przedsiębiorstw

Jednym z etapów pracy analitycznej jest wybór oraz weryfikacja materiałów źródłowych, na podstawie których przeprowadzane będzie badanie. Jest to bardzo istotny krok, mający decydujące znaczenie dla jakości przeprowadzonej analizy. Nietrafny dobór materiałów źródłowych (dane niekompletne, niewiarygodne, niedokładnie zweryfikowane) może zdecydować o wyciągnięciu błędnych wniosków z analizy, co z kolei może skutkować podjęciem niepotrzebnych i nieskutecznych, a czasem wręcz szkodliwych dla podmiotu leczniczego działań¹¹.

Biorąc pod uwagę różnorodny charakter materiałów wykorzystywanych do analizy ekonomicznej, konieczne jest dokonanie ich systematyki. W literaturze przedmiotu materiały źródłowe dzielone są zazwyczaj na¹²:

- 1) materiały wewnętrzne, w tym:
 - materiały ewidencyjne,
 - materiały pozaewidencyjne;
- 2) materiały zewnętrzne.

Cechą charakterystyczną materiałów wewnętrznych jest to, że tworzone są w podmiocie leczniczym – ich autorami są pracownicy, kadra zarządzająca wyższych i niższych szczebli, jak również właściciele podmiotu leczniczego. Część z tych materiałów gromadzona jest na wyłączny użytek osób decyzyjnych w danym podmiocie, nie jest udostępniana odbiorcom zewnętrznym. Materiały wewnętrzne nie stanowią jednorodnej grupy. Można wśród nich

¹¹ W. Gabruszewicz, *Analiza...*, s. 38.

¹² *Analiza finansowa w zarządzaniu współczesnym przedsiębiorstwem*, red. M. Walczak, Difin, Warszawa 2007, s. 72.

wyróżnić materiały ewidencyjne oraz pozaewidencyjne. Przykłady materiałów ewidencyjnych oraz pozaewidencyjnych zaprezentowano w tabeli 25.

Tabela 25. Materiały ewidencyjne i pozaewidencyjne wykorzystywane w analizie ekonomicznej podmiotu leczniczego – wybrane przykłady

Materiały ewidencyjne	Materiały pozaewidencyjne
– dokumentacja pierwotna lub wtórna, która stanowi podstawę zapisów z urzędzeń ewidencyjnych – asygnaty kasowe, raporty dzienne – zapisy dokonane w analitycznych i syntetycznych urządzeniach ewidencyjnych – konta, rejestry – sprawozdawczość oparta na tych zapisach i stanowiąca uogólnienie ich treści	– dane postulowane (np. biznesplany) – kalkulacje wstępne – kosztorysy, normy kosztów – wyniki poprzednio przeprowadzonych analiz – materiały z przeprowadzonych kontroli i rewizji – materiały i informacje dotyczące przedsiębiorstw krajowych i zagranicznych, zmian w otoczeniu – źródła prawne – zakres: prawo gospodarcze

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 40; L. Bednarski, *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2007, s. 32–33.

Materiały zewnętrzne wykorzystywane w analizie ekonomicznej tworzone i gromadzone są poza podmiotem leczniczym przez podmioty w żaden sposób niepowiązane z przedsiębiorstwem. Wśród materiałów należących do tej grupy można wyróżnić¹³:

- informacje pochodzące z Krajowego Rejestru Sądowego;
- informacje agencji informacyjnych, w tym wywiadowni gospodarczych i ratingowych;
- bazę danych lokalnych, roczniki i opracowania statystyczne;
- informacje giełdowe i bankowe;
- publikacje naukowe;
- Internet.

W zależności od zakresu przeprowadzanej analizy finansowej może wystąpić konieczność wykorzystania w badaniu materiałów źródłowych o różnorodnym charakterze. Z pewnością materiały wewnętrzne, jak i zewnętrzne

¹³ F. Bławat, *Podstawy analizy ekonomicznej. Teorie, przykłady, zadania*, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 13.

stanowią istotny element systemu informacyjnego podmiotu leczniczego. Zadaniem badacza jest odpowiedni dobór materiałów źródłowych uwzględniający nie tylko kryterium kompletności informacyjnej, ale również ich rzetelności i poprawności merytorycznej wykorzystywanych danych.

4.3. Sprawozdawczość jako źródło informacji do oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych

Podstawowym źródłem informacji o działalności każdego podmiotu gospodarującego – w tym również podmiotu leczniczego – jest sprawozdawczość¹⁴. J. Samelak definiuje sprawozdawczość jako „usystematyzowany zbiór wyselekcjonowanych i syntetycznych informacji o dominującym charakterze finansowym, tworzonych głównie przez rachunkowość i częściowo poza nią, odnoszących się do przeszłej i obecnej sytuacji finansowo-majątkowej jednostki gospodarczej oraz wyniku finansowego jako rezultatu jej działalności, pozwalających wyciągać wnioski dotyczące przyszłości”¹⁵. Sprawozdawczość finansowa postrzegana jest najczęściej jako końcowy produkt szeroko rozumianego systemu rachunkowości, w którym dokonywane są procesy:

- dokumentowania,
- rejestrowania,
- systematyzowania,
- komunikowania

finansowych aspektów działalności gospodarczej¹⁶.

Efektem sprawozdawczości finansowej są różnego rodzaju sprawozdania – zestawienia i dane liczbowe. Ponieważ sprawozdawczość finansowa stanowi złożony system, współlistnieje w nim wiele różnorodnych sprawozdań. Podstawowe kryteria klasyfikacji sprawozdań finansowych zaprezentowano w tabeli 26.

¹⁴ M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość...*, s. 657.

¹⁵ J. Samelak, *Zintegrowane sprawozdanie przedsiębiorstwa społecznie odpowiedzialnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013, s. 79.

¹⁶ R. Kamiński, *Sprawozdawczość finansowa przedsiębiorstwa w regulacjach polskich i międzynarodowych*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2015, s. 13.

Tabela 26. Klasyfikacja sprawozdań finansowych

Kryterium podziału	Rodzaj sprawozdania
Ze względu na rodzaj odbiorcy i ich treść	– sprawozdania wewnętrzne (są przeznaczone wyłącznie na wewnętrzne potrzeby podmiotu sporządzającego, zawierają np. informacje o stanie i ruchu składników majątku, przebiegu procesów gospodarczych, ponoszonych kosztach, osiągniętych wynikach) – sprawozdania zewnętrzne (są wykorzystywane przez podmioty z otoczenia, np. banki, urzędy statystyczne, ale również przez podmiot sporządzający)
Z punktu widzenia częstotliwości sporządzania sprawozdań	– sprawozdania operatywne – sprawozdania miesięczne – sprawozdania kwartalne – sprawozdania półroczne – sprawozdania roczne
Ze względu na rytm i powtarzalność	– sprawozdania okresowe (sporządzane z określoną częstotliwością, zależną od potrzeb odbiorcy) – sprawozdania sporadyczne (sporządzane wraz z pojawiającymi się potrzebami, zazwyczaj na żądanie odpowiednich władz nadrzędnych i instytucji uprawnionych do kontroli działalności podmiotu gospodarczego)
Z uwagi na stopień uogólnienia sprawozdań	– sprawozdania syntetyczne (zawierają one informacje całościowe o charakterze uogólnionym) – sprawozdania analityczne (podają one informacje szczegółowe na temat wybranego problemu, które uzupełniają informacje zawarte w sprawozdaniach syntetycznych)
Ze względu na liczbę jednostek gospodarczych, których sprawozdanie dotyczy	– sprawozdawczość zbiorcza (kumuluje informacje zawarte w sprawozdaniach jednostkowych) – sprawozdawczość skonsolidowana (sporządzana jest przez jednostkę dominującą na podstawie sprawozdań finansowych jednostek od niej zależnych, współzależnych lub stowarzyszonych należących do danej grupy kapitałowej)
Ze względu na obowiązek sporządzania sprawozdań	– sprawozdania obligatoryjne (obowiązek ich sporządzenia wynika z przepisów prawa) – sprawozdania fakultatywne (przygotowywane na własne potrzeby jednostki)
Ze względu na obowiązek publikowania sprawozdań	– sprawozdania podlegające publikacji – raporty, które jednostka publikuje, np. w dziennikach lub innych źródłach informacyjnych, które zostały przeznaczone do obowiązkowej publikacji sprawozdań – sprawozdania niepodlegające publikacji – raporty, których zgodnie z obowiązującym prawem nie trzeba publikować

Odbiorcami sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych są różnorodne grupy interesariuszy. Wśród nich można wyróżnić:

- interesariuszy wewnętrznych,
- interesariuszy zewnętrznych.

Poszczególne grupy interesariuszy wewnętrznych podmiotu leczniczego oraz zakres ich potrzeb informacyjnych przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Zakres potrzeb informacyjnych interesariuszy wewnętrznych podmiotu leczniczego

Rodzaj interesariusza	Zakres potrzeb informacyjnych
Właściciel Rada nadzorcza Rada społeczna	– wielkość przychodów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych – wielkość kosztów ponoszonych w ramach działalności podstawowej (realizacja świadczeń) – wielkość wyniku finansowego – stan zadłużenia podmiotu leczniczego – kondycja finansowa podmiotu leczniczego
Kierownictwo podmiotu leczniczego (wyższych i niższych szczebli zarządzania: zarząd, dyrekcja, ordynatorzy oddziałów szpitalnych, kierownicy przychodni, poradni, pracowni, laboratoriów diagnostycznych, apteki, prosektorium)	– kontrola i analiza sytuacji majątkowo-finansowej podmiotu leczniczego – wielkość przychodów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych – wielkość kosztów ponoszonych w ramach działalności podstawowej (realizacja świadczeń zdrowotnych) – wielkość wyniku finansowego – rentowność – stan zadłużenia podmiotu leczniczego – płynność finansowa – efektywność wykorzystania zasobów rzeczowych, materiałowych i osobowych – ocena dokonań jednostki – organizacja procesu świadczenia usług
Pracownicy (personel medyczny, inaczej zwany białym – lekarze, pielęgniarki oraz niemedyczny – głównie administracyjny)	– stabilność pracodawcy – ocena zdolności podmiotu leczniczego do wypłacania wynagrodzeń – możliwości tworzenia nowych miejsc pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Bauer, M. Macuda, *Sprawozdanie finansowe jako źródło informacji dla interesariuszy restrukturyzowanego szpitala*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 503, s. 41.

Wśród interesariuszy wewnętrznych najszerszego zakresu potrzeb informacyjnych oczekuje kierownictwo podmiotu leczniczego – zarząd, dyrekcja, ordynatorzy oddziałów szpitalnych, kierownicy przychodni, poradni, pracowni, laboratoriów diagnostycznych. Na wyższych i niższych szczeblach zarządzania podejmowane są decyzje długo- i krótkoterminowe dotyczące wszystkich obszarów działania podmiotu leczniczego – od zakresu świadczonych usług i ich sprzedaży, po dobór składników majątku, źródła finansowania, kształtowanie polityki należności i zobowiązań itp.

Właściciele podmiotu medycznego, jego rada nadzorcza czy rada społeczna, również będą zainteresowani dość szerokim zakresem informacji o funkcjonowaniu danej jednostki. Zainteresowanie tej grupy interesariuszy ma jednak wymiar bardziej ogólny. Koncentruje się na zagregowanych danych dotyczących efektów działania podmiotu leczniczego jako całości – obejmuje stopień realizacji celów całej jednostki w wymiarze finansowym, medycznym czy społecznym.

Pracownicy jako interesariusze wewnętrzni podmiotu leczniczego poszukują informacji związanych z oceną stabilności ich miejsca zatrudnienia, pewności wynagrodzenia czy możliwości rozwoju.

Grupa interesariuszy zewnętrznych podmiotu leczniczego jest znacznie bardziej liczna i zróżnicowana, stąd też zróżnicowany zakres potrzeb informacyjnych interesariuszy (tabela 28).

Sprawozdawczość podmiotów leczniczych tworzona w różnorodnej formie pozwala ocenić różnym grupom interesariuszy nie tylko ich przeszłą i aktualną sytuację finansową, ale również formułować wnioski dotyczące przyszłej sytuacji finansowej. Jednym z podstawowych narzędzi oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych jest analiza wskaźnikowa, której poświęcony zostanie kolejny podrozdział.

Tabela 28. Zakres potrzeb informacyjnych interesariuszy zewnętrznych podmiotu leczniczego

Rodzaj interesariusza	Zakres potrzeb informacyjnych
Organy założycielskie, potencjalni inwestorzy	– wartość majątku i efektywność jego wykorzystania – sytuacja finansowa – zdolność podmiotu leczniczego do generowania przychodów i dodatniego wyniku finansowego (poziom przychodów, kosztów i wyniku finansowego)
Narodowy Fundusz Zdrowia (płatnik)	– podaż świadczeń zdrowotnych – dostępność, kompleksowość i jakość świadczeń zdrowotnych – koszty świadczeń zdrowotnych – ceny świadczeń zdrowotnych – gwarancja realizacji kontraktów
Pacjenci	– ceny świadczeń zdrowotnych – lista oczekujących i czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne – rozmieszczenie terytorialne podmiotów leczniczych – respektowanie praw pacjenta – sytuacja finansowa podmiotu leczniczego
Instytucje rządowe (Ministerstwo Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Skarbowy)	– alokacja zasobów – struktura i kwalifikacje zatrudnionego personelu białego – wielkość i struktura zrealizowanych świadczeń zdrowotnych – poziom przychodów, kosztów i wyniku finansowego – sytuacja finansowa – stan zadłużenia podmiotu leczniczego
Kredytodawcy, pożyczkodawcy	– zdolność do spłaty zobowiązań wraz z odsetkami – możliwość ustanowienia zabezpieczeń
Kontrahenci (dostawcy aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych i niemedyceńskich, energii, usług)	– terminowość i zdolność do spłaty zobowiązań – sytuacja finansowa – płynność finansowa
Konkurencja (inni świadczeniodawcy)	– sytuacja majątkowo-finansowa – wynik finansowy – koszty świadczeń zdrowotnych – ceny świadczeń zdrowotnych
Spółeczność lokalna	– sytuacja finansowa – rezultaty działalności

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Bauer, M. Macuda, *Sprawozdanie finansowe...*, s. 42.

4.4. Analiza wskaźnikowa w ocenie sytuacji finansowej przedsiębiorstw

Analiza wskaźnikowa jest jednym z najistotniejszych obszarów analizy ekonomicznej. Stanowi ona uszczegółowienie analizy sprawozdań finansowych – zajmuje się pomiarem i oceną zależności pomiędzy poszczególnymi pozycjami sprawozdań finansowych. Przedmiotem analizy wskaźnikowej są wskaźniki ekonomiczne budowane na podstawie zestawienia (relacji) wybranych pozycji sprawozdania finansowego. Ze względu na szerokie możliwości doboru pozycji ze sprawozdań finansowych można zbudować dość dużą liczbę wskaźników ekonomicznych. Ich różnorodność wymusza z kolei ich klasyfikację. W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele podziałów wskaźników ekonomicznych¹⁷. Dla potrzeb niniejszego opracowania wskaźniki ekonomiczne podzielone zostały na cztery grupy. Wybór klasyfikacji wskaźników ekonomicznych podyktowany był w dużej mierze podziałem wskaźników przyjętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁸. Miało to na celu zachowanie jak największej zbieżności pomiędzy zestawem analitycznych wskaźników wykorzystywanych w analizie finansowej podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami oraz funkcjonujących z formie SPZOZ. Wyróżnić można zatem następujące grupy wskaźników:

- wskaźniki rentowności,
- wskaźniki płynności,
- wskaźniki efektywności/sprawności działania,
- wskaźniki zadłużenia.

Pierwszą grupą wskaźników ekonomicznych wykorzystywanych w analizie wskaźnikowej są wskaźniki rentowności. Do prawidłowego ich stosowania niezbędne jest zdefiniowanie samego pojęcia rentowności. L. Bednarski definiuje rentowność jako odpowiednio obliczony wynik

¹⁷ *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 134–135.

¹⁸ Dz. U. poz. 832.

finansowy działalności gospodarczej, który może wystąpić jako zyskowność i deficytowość¹⁹. Według A. Skowronek-Mielczarek i Z. Leszczyńskiego pojęcie rentowności oznacza osiąganie nadwyżki przychodów nad kosztami związanymi z podejmowaniem określonej działalności²⁰. Analiza rentowności jako element analizy finansowej ma na celu umożliwienie pomiaru i oceny efektywności działania podmiotu leczniczego – wskaźniki rentowności pozwalają na ustalenie stopnia zyskowności lub deficytowości podmiotu leczniczego²¹. Mierzą one skuteczność działania podmiotów poprzez odniesienie wypracowanego zysku do przeciętnego stanu majątku bądź kapitałów, przychodów ze sprzedaży lub kosztów uzyskania przychodów.

Wskaźniki rentowności służą do oceny perspektyw rozwojowych podmiotu leczniczego. Ich wielkością zainteresowani są nie tylko właściciele badanego podmiotu, ale także menedżerowie, kredytodawcy i potencjalni inwestorzy.

Zakres analizy rentowności w badaniu determinowany jest tym, jaki zysk zostaje uwzględniony w obliczeniach²². W zależności od tego, jak ujęty zostaje wynik finansowy, wskaźniki mogą przybierać formy następujących rentowności²³:

- operacyjnej, gdy wskaźniki obliczane są na podstawie wyniku z działalności operacyjnej,
- brutto, gdy do obliczeń wykorzystujemy dane przed opodatkowaniem,
- netto, gdy wskaźniki oparte są o dane po opodatkowaniu.

Wskaźniki rentowności powinny być porównywane nie tylko ze wskaźnikami osiąganymi w ubiegłych okresach, ale także z wynikami uzyskiwanymi przez podobne podmioty lecznicze lub z uśrednionymi wartościami wskaźników uzyskiwanych w danej branży²⁴.

¹⁹ L. Bednarski, *Analiza...*, s. 96.

²⁰ A. Skowronek-Mielczarek, Z. Leszczyński, *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2008, s. 192.

²¹ K. Stępień, *Definicyjne i metodyczne problemy rentowności*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2013, nr 920, s. 101–104.

²² *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 297–298.

²³ B. Kotowska, A. Uziębło, O. Wyszowska-Kaniewska, *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie. Przykłady i rozwiązania*, CeDeWu, Warszawa 2013, s. 89.

²⁴ *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 298–299.

Do podstawowych wskaźników stosowanych w analizie rentowności podmiotu leczniczego należą:

- wskaźniki rentowności sprzedaży (rentowność handlowa),
- wskaźniki rentowności majątku (rentowność ekonomiczna),
- wskaźniki rentowności zaangażowanych kapitałów własnych (rentowność finansowa).

Wskaźniki rentowności sprzedaży bądź obrotu określają „udział odpowiedniego wyniku finansowego w wartości uzyskanej ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów oraz zrealizowanych operacji finansowych”²⁵. Najogólniej rentowność sprzedaży nazywana jest relacją zysku i przychodów ze sprzedaży.

$$\text{Rentowność sprzedaży} = \frac{\text{zysk ze sprzedaży} \times 100}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

Jest to ogólna postać wskaźnika określającego wielkość osiągniętego zysku ze sprzedaży usług/produktów medycznych. Dokładnie informuje, ile groszy zysku przypada przeciętnie na jeden złoty przychodu ze sprzedaży²⁶. Pożądane jest, aby wskaźnik ten był wysoki, ponieważ im wyższa jego wartość, tym bardziej opłacalna jest działalność sprzedażowa podmiotu leczniczego. Warto nadmienić, że jego wysokość zależy od rodzaju prowadzonej działalności, a wartość można porównywać jedynie wśród podmiotów leczniczych o zbliżonym charakterze działalności. Składowa wartości licznika może mieć tyle odmian, ile występuje ich w rachunku zysków i strat²⁷. Przy obliczaniu wskaźników rentowności nie można zapominać o zasadzie współmierności, według której przychody i obciążające je koszty, które dotyczą danego roku obrotowego powinny być ujmowane niezależnie od

²⁵ L. Bednarski, *Analiza...*, s. 103.

²⁶ F. Bławat, E. Drajska, P. Figura, M. Gawrycka, T. Korol, B. Prusak, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Ocena sprawozdań finansowych, analiza wskaźnikowa*, CeDeWu, Warszawa 2017, s. 132–135.

²⁷ W. Gabrusiewicz, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*, PWE, Warszawa 2013, s. 300–302.

terminu ich zapłaty²⁸. Kierując się właśnie tą zasadą, obliczamy poniższy wskaźnik rentowności sprzedaży:

$$\text{Rentowność sprzedaży} = \frac{\text{zysk ze sprzedaży} \times 100}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów}}$$

Wartość wskaźnika pozwala ocenić, ile procent zysku z osiąganych przychodów uzyskuje dany podmiot leczniczy. Pozwala nam na ocenę poziomu opłacalności sprzedaży podmiotu leczniczego. Ocena wartości wskaźnika zależna jest od charakteru podmiotu leczniczego. W podmiotach niepublicznych, jeżeli badany podmiot nie osiąga zysku ze sprzedaży, to jego istnienie na rynku staje się bezzasadne (priorytet celów ekonomicznych). W podmiotach publicznych realizujących głównie cele medyczne strata ze sprzedaży usług medycznych nie musi dawać przesłanek do likwidacji podmiotu. W sytuacji, w której podmiot leczniczy sprzedaje usługi i inne produkty czy towary, wskaźnik powinien być obliczany oddzielnie dla usług, produktów i oddzielnie dla towarów. Tylko wtedy można prawidłowo ocenić, sprzedaż których składników asortymentowych jest rentowna dla badanego podmiotu²⁹. Często spotykane jest stwierdzenie, że wskaźnik ten wynika z poziomu dojrzałości branży, jej koniunktury, a także poziomu konkurencji³⁰.

$$\text{Rentowność operacyjna sprzedaży} = \frac{\text{zysk operacyjny} \times 100}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}}$$

Jak pisze W. Gabrusiewicz, „porównanie wskaźnika rentowności operacyjnej sprzedaży ze wskaźnikiem rentowności sprzedaży pozwala ocenić

²⁸ Art. 6 ust. 1 ustawy z 29.09.1997 r. o rachunkowości (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 217).

²⁹ W. Gabrusiewicz, *Analiza...*, s. 302.

³⁰ D. Wędzki, *Analiza wskaźnikowa sprawozdania finansowego według polskiego prawa bilansowego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 437.

wpływ pozostałej działalności operacyjnej na rentowność sprzedaży³¹. Im wyższa wartość tego wskaźnika, tym lepiej dla badanego podmiotu, gdyż zysk operacyjny stanowi coraz większą część przychodów³².

$$\text{Rentowność sprzedaży brutto} = \frac{\text{zysk brutto} \times 100}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe} + \text{zyski nadzwyczajne}}$$

Niezaprzeczalną zaletą tego wskaźnika jest wysoki stopień syntetyczności, gdyż bazuje on na przedostatniej z pozycji wynikowych w podmiocie leczniczym – na wyniku brutto³³. Informuje on nas, ile złotych zysku lub straty przed opodatkowaniem wypracowują przychody ze wszystkich rodzajów działalności podmiotu leczniczego. Pożądanym jest wzrost wartości tego wskaźnika.

Kolejny wskaźnik pozwala ocenić, ile jednostek zysku lub starty po opodatkowaniu przypada na jednostkę przychodów. Podobnie jak w przypadku pozostałych wskaźników rentowności sprzedaży pożądanym jest wzrost jego wartości³⁴.

$$\text{Stopa zysku netto} = \frac{\text{zysk netto} \times 100}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$$

Wskaźnik ten pozwala na ocenę kierunku i tempa zmian opłacalności działalności gospodarczej w ubiegłych latach oraz na prognozowanie wielkości wskaźnika w latach następnych. Pozwala nam również na analizę porównawczą badanego podmiotu leczniczego z innymi podmiotami funkcjonującymi w branży leczniczej³⁵.

³¹ W. Gabrusiewicz, *Analiza...*, s. 303.

³² D. Wędzki, *Analiza wskaźnikowa...*, s. 437.

³³ *Ibidem*, s. 132–135.

³⁴ *Ibidem*, s. 448.

³⁵ F. Bławat, E. Drajka, P. Figura, M. Gawrycka, T. Korol, B. Prusak, *Analiza...*, s. 132–135.

Każdy podmiot leczniczy, aby funkcjonować na rynku, musi posiadać majątek. Problem stwarza zarządzanie nim w taki sposób, aby majątek był racjonalnie wykorzystywany, a jego wielkość i struktura były odpowiednio dostosowane do realizacji zadań podmiotu leczniczego. Mimo tego, że wielkość i struktura majątku są mocno uzależnione od specyfiki danego podmiotu leczniczego, to w każdej branży zasoby majątkowe powinny być efektywnie wykorzystywane. Analiza rentowności majątku pozwala nam na: kierowanie działalnością inwestycyjną podmiotu, eliminowanie nadmiernych składników majątkowych oraz dostosowanie wielkości zasobów do rozmiarów podmiotu leczniczego. Ogólna postać wskaźnika rentowności majątku wyrażona jest wzorem:

$$\text{Ogólny wskaźnik rentowności majątku} = \frac{\text{zysk} \times 100}{\text{majątek całkowity}}$$

Wartość wskaźnika informuje, ile zysku generuje jedna jednostka majątku. Im wyższa jest jego wartość, tym efektywniej podmiot leczniczy wykorzystuje swój majątek. Każdy spadek wartości wskaźnika informuje nas o spadku efektywności zarządzania majątkiem, zaś wzrost jest symptomem poprawy efektywności gospodarowania majątkiem. Przyczyn nieumiejętnego wykorzystania majątku może być wiele, począwszy od nadmiernej ilości zapasów i towarów, po ich deficytowość.

Podstawowym wskaźnikiem w ocenie rentowności majątku jest wskaźnik rentowności majątku netto.

$$\text{Rentowność majątku netto} = \frac{\text{zysk netto} \times 100}{\text{majątek całkowity}}$$

Wskaźnik ten ukazuje całościową ocenę efektywności majątku, daje nam informację zarówno o zdolności majątku do generowania zysku, jak i o sposobie zarządzania majątkiem obrotowym i trwałym badanego podmiotu. Kolejnym wskaźnikiem jest wskaźnik ukazujący globalną efektywność majątku.

$$\text{Rentowność majątku brutto} = \frac{\text{zysk brutto} \times 100}{\text{majątek całkowity}}$$

Ostatnim wskaźnikiem występującym w danej grupie rentowności jest wskaźnik rentowności majątku netto.

$$\text{Rentowność majątku czystego} = \frac{\text{zysk netto} \times 100}{\text{majątek całkowity} - \text{zobowiązania bieżące}}$$

Ustalając wartość wskaźnika odejmuje się od majątku całkowitego przedsiębiorstwa tę część, która jest finansowana przez kapitały obce³⁶.

Rentowność kapitału własnego jest określana jako kryterium i instrument efektywności realizacji celu właściciela podmiotu leczniczego, a zarazem jako podstawa podejmowania decyzji inwestorskich. Wykorzystanie wskaźnika w procesie zarządzania różnorodnymi podmiotami leczniczymi jest trudne nie tylko ze względu na jego syntetyczność, ale także ze względu na omówiony we wcześniejszej części opracowania dualizm celów działania podmiotów leczniczych (cele medyczne vs. cele ekonomiczne)³⁷. Im wyższy jego poziom, tym wyższe prawdopodobieństwo otrzymania wysokiej dywidendy. Podstawowym wskaźnikiem rentowności kapitału własnego jest wskaźnik ROE (*return on equity*):

$$\text{Rentowność kapitału własnego} = \frac{\text{zysk netto} \times 100}{\text{kapitał własny}}$$

Wysoka wartość wskaźnika jest wynikiem pożądanym. Dzięki temu wskaźnikowi można ocenić zdolność przedsiębiorstwa do wypracowania zysku z każdej złotówki zaangażowanego kapitału własnego. Na dokładniejsze badanie pozwala wskaźnik rentowności kapitału podstawowego, który ukazuje, jaka część zysku netto została wygospodarowana przez jednostkę kapitału powierzoną przez udziałowców lub akcjonariuszy.

$$\text{Rentowność kapitału podstawowego} = \frac{\text{zysk netto} \times 100}{\text{kapitał podstawowy}}$$

³⁶ W. Gabrusiewicz, *Analiza...*, s. 311–314.

³⁷ A. Sajnog, *Zysk całkowity a rentowność kapitału własnego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2016, nr 263, s. 166–168.

Im wyższa wartość tego wskaźnika, tym potencjalnie wyższe korzyści dla właścicieli bądź udziałowców³⁸.

Drugą grupą wskaźników ekonomicznych wykorzystywanych w analizie wskaźnikowej są wskaźniki płynności finansowej. Najczęściej płynność finansowa definiowana jest w literaturze przedmiotu jako możliwość spłaty bieżących zobowiązań podmiotu leczniczego na dzień ich wymagalności oraz jako zdolność do dokonywania wydatków, kiedy są one konieczne (zdolność płatnicza)³⁹. Warto jednak podkreślić, że pojęcie płynności finansowej może być rozpatrywane również w wielu innych aspektach. W ocenie płynności finansowej brane są również pod uwagę⁴⁰:

- stan zasobów majątkowych podmiotu leczniczego,
- możliwości pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania,
- stan zasobów majątkowych oraz źródeł ich finansowania jednocześnie.

Ocenie poziomu ryzyka związanego z utratą płynności oraz efektywności zarządzania nią służy pomiar płynności finansowej podmiotu leczniczego, który może być dokonany w formie statycznej oraz dynamicznej – w zależności od tego, czy opiera się na informacjach bilansowych – zasobowych (pomiar statyczny), czy strumieniowych (pomiar dynamiczny)⁴¹.

Statyczny pomiar płynności finansowej bazuje na danych zamieszczonych w bilansie. Umożliwia pomiar i ocenę stanu aktywów obrotowych i zobowiązań bieżących na dany moment bilansowy⁴². Pomiar statyczny to najpowszechniejsza metoda operacyjnego badania płynności, oparta o trzy

³⁸ W. Gabrusiewicz, *Analiza...*, s. 317–320.

³⁹ U. Wojciechowska, *Płynność finansowa polskich przedsiębiorstw w okresie transformacji gospodarki. Aspekty makroekonomiczne i mikroekonomiczne*, SGH, Warszawa 2001, s. 14.

⁴⁰ K. Kreczmańska-Gigol, *Istota i uwarunkowania płynności strukturalnej* [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, red. J. Ostaszewski, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2015, s. 16.

⁴¹ T. Dudycz, *Analiza finansowa jako narzędzie zarządzania finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Indygo Zahir Media, Wrocław 2011, s. 56.

⁴² A. Kuciński, *Statyczna ocena płynności finansowej przedsiębiorstwa – ujęcie teoretyczne*, „Przedsiębiorstwo we Współczesnej Gospodarce – Teoria i Praktyka” 2018, nr 2, s. 98.

najbardziej popularne wskaźniki płynności finansowej⁴³: wskaźnik płynności natychmiastowej, wskaźnik płynności szybkiej, wskaźnik płynności bieżącej. Budowa wskaźników płynności oraz ich wartości referencyjne zaprezentowane zostały w tabeli 29.

Tabela 29. Statyczne wskaźniki płynności finansowej

Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	Wartości referencyjne
Wskaźnik płynności natychmiastowej	$\frac{\text{gotówka} + \text{pozostałe krótkoterminowe aktywa finansowe}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe}}$	0,1–0,2
Wskaźnik płynności szybkiej	$\frac{\text{aktywa obrotowe} - \text{zapasy} - \text{czynne rozliczenia międzyokresowe}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe}}$	1,0
Wskaźnik płynności bieżącej	$\frac{\text{aktywa obrotowe}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe}}$	1,3–2,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Gabrusiewicz, *Analiza...*, s. 317–320.

Wskaźnik płynności natychmiastowej wyraża zdolność podmiotu leczniczego do spłaty zobowiązań krótkoterminowych posiadanymi zasobami gotówkowymi. Wyższa zdolność do spłaty zobowiązań bieżących koreluje z wyższymi wartościami tego wskaźnika⁴⁴.

Wskaźnik płynności szybkiej kształtowany jest przez najbardziej płynne aktywa obrotowe, w tym również inwestycje krótkoterminowe i należności. Pozwala to podmiotowi leczniczemu na pełną spłatę swoich bieżących zobowiązań przy wykorzystaniu środków, które są dla spółki łatwo dostępne.

Wskaźnik bieżącej płynności finansowej informuje o tym, ile razy zobowiązania krótkoterminowe zostaną pokryte przez aktywa obrotowe.

⁴³ T. Dudycz, *Analiza...*, s. 61.

⁴⁴ A. Kusak, *Płynność finansowa. Analiza i sterowanie*, WWZ – Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania, Warszawa 2006, s. 44.

Wysoka wartość wszystkich analizowanych wskaźników, przekraczająca wartości referencyjne, związana jest najczęściej z występowaniem w zbyt dużej ilości środków obrotowych – należności trudnych do pozyskania, niezainwestowanych środków pieniężnych czy nadmiernego stanu zapasów. Zjawisko to określane jest jako nadpłynność i świadczy o nieefektywnym zarządzaniu aktywami obrotowymi w podmiocie leczniczym.

Z kolei niskie wartości wskaźników świadczą o trudnościach w spłacie bieżących zobowiązań lub zapowiadają ich wystąpienie. Jest to związane z brakiem wystarczającej ilości aktywów obrotowych na spłatę zobowiązań bieżących.

Biorąc pod uwagę, że na płynność finansową mają wpływ wydatki oraz wpływy realizowane przez podmiot leczniczy, do oceny płynności finansowej wykorzystuje się również dynamiczne wskaźniki płynności, uwzględniające dane z rachunku przepływów pieniężnych⁴⁵. Wskaźniki wykorzystywane do oceny płynności finansowej w ujęciu dynamicznym można podzielić na trzy grupy⁴⁶:

- wskaźniki struktury przepływów pieniężnych,
- wskaźniki wydajności gotówkowej,
- wskaźniki wystarczalności gotówkowej.

Wskaźniki struktury przepływów pieniężnych są rozwinięciem wstępnej analizy rachunku przepływów pieniężnych. Umożliwiają one szczegółową analizę struktury wpływów oraz wydatków podmiotu leczniczego⁴⁷. Zestawienie podstawowych wskaźników struktury przepływów pieniężnych przedstawiono w tabeli 30.

⁴⁵ W. Gos, *Rachunek przepływów pieniężnych*, Difin, Warszawa 2011, s. 15.

⁴⁶ *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 168.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 168.

Tabela 30. Wskaźniki struktury przepływów pieniężnych

Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa
Wskaźnik zdolności do generowania operacyjnych przepływów pieniężnych	$\frac{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej}}{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej} + \text{wpływy z działalności inwestycyjnej} + \text{wpływy z działalności finansowej}}$
Wskaźnik udziału zysku netto w operacyjnych przepływach pieniężnych netto	$\frac{\text{zysk netto}}{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej}} \times 100$
Wskaźnik udziału amortyzacji w operacyjnych przepływach pieniężnych netto	$\frac{\text{amortyzacja}}{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej}} \times 100$
Wskaźnik finansowania działalności inwestycyjnej	$\frac{\text{przepływy pieniężne netto z działalności inwestycyjnej}}{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej} + \text{przepływy pieniężne netto z działalności finansowej}}$
Wskaźnik zależności od zewnętrznych źródeł finansowania	$\frac{\text{wpływy z działalności finansowej}}{\text{przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej}}$
Wskaźnik samowystarczalności działalności finansowej	$\frac{\text{wpływy działalności finansowej}}{\text{wydatki działalności finansowej}}$

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Analiza...*, red. M. Jerzemowska, wyd. 4, s. 168–169.

Wskaźnik zdolności do generowania operacyjnych przepływów pieniężnych netto ukazuje udział nadwyżki środków pieniężnych z podstawowej działalności w ogólnej sumie wpływów ze wszystkich rodzajów działalności. Wysoka wartość wskaźnika oznacza, że podmiot leczniczy jest w stanie uzyskać nadwyżkę pieniężną z działalności operacyjnej⁴⁸.

Kolejny wskaźnik, pokazujący udział zysku netto w operacyjnych przepływach pieniężnych, obrazuje, jaką część przepływów operacyjnych pokrywa zysk netto.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 169.

Wskaźnik udziału amortyzacji w operacyjnych przepływach pieniężnych netto również należy do grupy wskaźników informujących o strukturze przepływów pieniężnych. Wysoki udział amortyzacji w przepływach pieniężnych netto z działalności operacyjnej może być związany ze złym zarządzaniem kapitałem obrotowym netto. Ma to przełożenie na utrudniony dalszy rozwój podmiotu leczniczego oraz spłatę zobowiązań z własnych źródeł finansowania.

Wskaźnik finansowania działalności inwestycyjnej informuje, w jakim stopniu działalność inwestycyjna przedsiębiorstwa jest finansowana środkami z działalności operacyjnej i finansowej⁴⁹.

Wskaźnik zależności od zewnętrznych źródeł finansowania pokazuje, w jakim stopniu podmiot leczniczy finansuje się kapitałem zewnętrznym.

Pięniężna samowystarczalność działalności finansowej to sytuacja, w której wskaźnik przyjmuje wartość >1 . Oznacza to dla podmiotu leczniczego pełną zdolność do regulowania wydatków związanych ze spłatą oraz obsługą zadłużenia, a także wypłatą zysków dla właścicieli podmiotu. Jest to w tej sytuacji możliwe tylko przy wykorzystaniu środków pozyskanych z działalności finansowej. Pozwala to również na finansowanie pozostałych działalności podmiotu leczniczego lub też zwiększa jego stan środków pieniężnych. Gdy wartość wskaźnika przyjmuje wartość <1 , to ujemne saldo może być pokryte nadwyżkami z pozostałych działalności lub też przy wykorzystaniu środków z poprzednich okresów.

Druga grupa wskaźników dynamicznych w analizie płynności finansowej to wskaźniki wydajności gotówkowej (tabela 31). Ukazują one relację środków pieniężnych wypracowanych z działalności operacyjnej do zysku operacyjnego, przychodów ze sprzedaży czy zasobów majątkowych. Przy ich interpretacji pozytywnie ocenia się tendencję wzrostową⁵⁰.

⁴⁹ Dodatnia wartość wskaźnika, niższa niż 1, oznacza, że działalność inwestycyjna jest w pełni pokrywana środkami z działalności operacyjnej i finansowej. Wartość przekraczająca 1 jest związana z finansowaniem działalności inwestycyjnej zarówno ze środków wypracowanych przez przedsiębiorstwo, jak i uzyskanych ze źródeł zewnętrznych. Ujemne wartości tego wskaźnika oznaczają, że na pokrycie wydatków inwestycyjnych netto zostały wykorzystane tylko środki zgromadzone w poprzednich okresach.

⁵⁰ W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 338.

Tabela 31. Wskaźniki wydajności gotówkowej

Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa
Wskaźnik wydajności gotówkowej sprzedaży	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{przychody ze sprzedaży}} \times 100$
Wskaźnik wydajności gotówkowej zysku	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{zysk z działalności operacyjnej}} \times 100$
Wskaźnik wydajności gotówkowej majątku (kapitału)	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{przeciętny stan majątku (kapitału)}} \times 100$
Wskaźnik wydajności gotówkowej majątku trwałego	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{przeciętny stan majątku trwałego}} \times 100$
Wskaźnik wydajności gotówkowej majątku obrotowego	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{przeciętny stan majątku obrotowego}} \times 100$

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 339.

Wskaźnik wydajności gotówkowej opisuje relacje środków pieniężnych z działalności operacyjnej do przychodów ze sprzedaży. Niska wartość wskaźnika informuje o tym, że duża część sprzedaży jest realizowana z odroczonym terminem płatności. Jeżeli jest on wydłużony, nie wpływa to korzystnie na płynność finansową. W takiej sytuacji podmiot leczniczy powinien dążyć do zwiększenia sprzedaży gotówkowej, zabieg taki może mieć jednak niekorzystny wpływ na rozmiar sprzedaży. Właściwe dla tego wskaźnika jest utrzymywanie go na poziomie podobnym do podmiotów leczniczych z najbliższego otoczenia rynkowego, jest to też bezpieczne dla zarządzania płynnością⁵¹.

Wskaźnik wydajności gotówkowej zysku informuje o tym, ile środków pieniężnych wpłynęło z wypracowanego zysku z działalności operacyjnej. Gdy przyjmuje on wartość bliską 1 (100%), to zysk operacyjny wyznaczony zgodnie z zasadą memoriałową jest współmierny do środków pieniężnych

⁵¹ *Ibidem*, s. 339.

wygenerowanych z działalności operacyjnej. Specyfika branży ma duże znaczenie dla poziomu tego wskaźnika⁵².

Wskaźnik wydajności gotówkowej majątku jest informacją o zdolności majątku (kapitału) do generowania strumienia pieniężnego z podstawowej działalności podmiotu leczniczego. Analizę wydajności gotówkowej majątku można poszerzyć o wskaźniki wydajności gotówkowej majątku trwałego oraz obrotowego⁵³.

Ostatnią grupą wskaźników dynamicznych są wskaźniki wystarczalności gotówkowej (tabela 32). Mierzą one zdolność do generowania środków pieniężnych z działalności podstawowej na zabezpieczenie różnych potrzeb takich jak: spłata zobowiązań, wypłata dywidend czy zakup trwałych składników majątku.

Tabela 32. Wskaźniki wystarczalności gotówki

Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa
Wskaźnik ogólnej wystarczalności gotówkowej	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{zakup majątku trwałego} + \text{wypłata dywidend} + \text{spłata zobowiązań}}$
Wskaźnik spłaty zobowiązań ogółem	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{spłata zobowiązań ogółem}}$
Wskaźnik spłaty zobowiązań długoterminowych	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{spłata zobowiązań długoterminowych}}$
Wskaźnik spłaty zobowiązań krótkoterminowych	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{spłata zobowiązań krótkoterminowych}}$
Wskaźnik zakupów inwestycyjnych	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{wydatki na zakup rzeczowych aktywów trwałych i wartości niematerialnych i prawnych}}$
Wskaźnik wypłaty dywidend	$\frac{\text{przepływy pieniężne z działalności operacyjnej}}{\text{wypłata dywidend}}$

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 340.

⁵² *Ibidem*, s. 339.

⁵³ *Ibidem*, s. 339.

Wskaźnik ogólnej wystarczalności gotówki operacyjnej informuje o wystarczalności wygenerowanych środków pieniężnych z podstawowej działalności operacyjnej do spłaty zobowiązań, wypłaty dywidend, zakupu trwałych składników majątku trwałego. Pożądane wartości wskaźnika kształtują się na poziomie równym 1 i więcej. Taki poziom tego wskaźnika zapewnia podmiotowi leczniczemu płynność w zakresie finansowania wymienionych potrzeb. Gdy jego wartość nie przekracza 1, oznacza to niedobór gotówki. W takim przypadku przedsiębiorstwo powinno pomyśleć o upłynnieniu zbędnych aktywów lub też o zaciągnięciu kredytu.

Wskaźnik spłaty zobowiązań krótko- i długoterminowych jest w rzeczywistości pogłębieniem analizy wskaźnika spłaty zobowiązań ogółem, który informuje o tym, w jakim czasie przedsiębiorstwo byłoby w stanie uregulować swoje zobowiązania środkami pochodzącymi z działalności operacyjnej⁵⁴.

Wskaźnik pokazujący, jaka część środków pieniężnych z działalności operacyjnej jest przeznaczona na odnowę majątku trwałego to wskaźnik zakupów inwestycyjnych. Im mniejsza jest jego wartość, tym więcej środków pieniężnych może zostać przeznaczonych na spłatę bieżących zobowiązań.

Wskaźnik wypłaty dywidend pokazuje w sposób analogiczny do wskaźnika zakupów inwestycyjnych, ile gotówki przedsiębiorstwo przeznacza na wypłatę dywidend.

Trzecią grupą wskaźników ekonomicznych wykorzystywanych w analizie wskaźnikowej są wskaźniki efektywności (sprawności działania).

Analiza sprawności działania zajmuje się badaniem efektywności wykorzystania zasobów majątkowych. Ze względów na rodzaj badanych pozycji analiza sprawności jest nazywana również analizą: obrotowości, efektywności, produktywności, rotacji. W tym rodzaju analizy można zdobyć informacje na temat tego, jak badany podmiot leczniczy efektywnie wykorzystuje posiadane aktywa, zapasy, należności, zobowiązania⁵⁵. Obliczana jest tu relacja między przychodami ze sprzedaży a zaangażowanym składnikiem majątkowym. Należy pamiętać o tym, że przy interpretowaniu wskaźników produktywności należy brać pod uwagę rodzaj branży, do której należy dany podmiot. Wartość wskaźników będzie niższa dla przedsiębiorstw

⁵⁴ *Ibidem*, s. 340.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 351.

cechujących się dużą kapitałochłonnością (funkcjonowanie podmiotów leczniczych wymaga zazwyczaj dużych nakładów kapitałowych), natomiast wyższa dla firm, które nie potrzebują dużych nakładów kapitałowych (firmy handlowe, usługowe)⁵⁶.

Podstawowy wskaźnik tej grupy to wskaźnik produktywności majątku ogółem. Oblicza się go na podstawie następującego wzoru:

$$\text{Wskaźnik produktywności majątku ogółem} = \frac{\text{przychody ze sprzedaży}}{\text{przeciętny stan majątku ogółem}}$$

Jego pożądana wartość powinna być jak najwyższa i mieć tendencję wzrostową. Oznacza to, że podmiot leczniczy wykorzystuje majątek ogółem w efektywny sposób i na przestrzeni badanych okresów nastąpiła poprawa w tym aspekcie działalności. Interpretacja wskaźnika określa, ile złotych przychodów ze sprzedaży uzyskano na każdą zainwestowaną złotówkę majątku ogółem.

Wskaźnik produktywności majątku trwałego ma podobną konstrukcję i podobną interpretację do wyżej wymienionego wskaźnika, jednak w tym przypadku w mianowniku uwzględnia się jedynie majątek trwały. Wzór na efektywność majątku trwałego prezentuje się następująco:

$$\text{Wskaźnik produktywności majątku trwałego} = \frac{\text{przychody netto ze sprzedaży}}{\text{przeciętny stan aktywów trwałych}}$$

Przy obliczaniu tego wskaźnika należy pamiętać, że wartość aktywów trwałych jest wyrażana w wartości netto. Z tego powodu aktywa trwałe, których duża część została zamortyzowana, charakteryzują się wyższą rotacją niż nowe aktywa trwałe. Jednak korzystniejszą sytuacją jest posiadanie nowych aktywów trwałych, ponieważ są one nowocześniejsze i dzięki temu efektywność ich wykorzystania jest większa⁵⁷.

⁵⁶ M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena...*, wyd. 3, s. 182.

⁵⁷ L. Gąsioriewicz, *Analiza ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw*, OWPW, Warszawa 2011, s. 62.

Wskaźnik rotacji majątku obrotowego określa, jaka kwota przychodów netto ze sprzedaży przypada na każdą złotówkę zainwestowanego majątku obrotowego. Wzór na wskaźnik rotacji majątku obrotowego wygląda następująco:

$$\text{Wskaźnik rotacji majątku obrotowego} = \frac{\text{przychody netto ze sprzedaży}}{\text{przeciętny stan aktywów obrotowych}}$$

Ponadto wskaźnik ten informuje o szybkości obrotu aktywami krótkoterminowymi w przedsiębiorstwie. Na podstawie wskaźnika można określić, ile razy w ciągu roku następuje pełne odtworzenie majątku obrotowego poprzez przychód osiągnięty ze sprzedaży. Pożądanym zjawiskiem jest osiągnięcie jak najwyższego wskaźnika oraz żeby jego tendencja była wzrostowa⁵⁸.

Analiza rotacji majątku obrotowego podlega dalszym badaniom ze względu na ich strukturę. Dużą rolę w kształtowaniu tego wskaźnika mają zapasy oraz należności. Efektywny sposób ich wykorzystania polega na tym, że następuje ich szybki obrót. Wskaźniki rotacji należności oraz zapasów można wyrażać w razach lub w dniach⁵⁹.

Zapasy są składnikami majątku obrotowego, które są używane przy produkcji. Najkorzystniejsza sytuacja występuje wtedy, gdy zapasy nie są magazynowane przez długi czas, lecz są w ciągłej rotacji. W większości podmiotów leczniczych ma to wpływ na jakość wytwarzanych produktów/świadczonej usług. Wskaźnik wyrażony jest wzorem:

$$\text{Cykl obrotu zapasami} = \frac{\text{przeciętny stan zapasów} \times 365 \text{ dni}}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

Wynik wskaźnika świadczy o tym, po ilu dniach zapasy są odtwarzane z przychodów ze sprzedaży. Pożądana jest jak najniższa wartość wskaźnika. W takim przypadku wynik informuje o szybkim obrocie zapasów w podmiocie leczniczym oraz o niskiej wartości środków majątkowych

⁵⁸ E. Nowak, *Jak czytać...*, s. 218.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 218–219.

zamrożonych w zapasach. Świadczy to o efektywnej gospodarce zarządzania zapasami w podmiocie leczniczym⁶⁰.

Kolejnym ważnym aspektem sprawności działania jest to, w jaki sposób podmiot leczniczy zarządza swoimi należnościami. Aby sprawdzić jak szybko przedsiębiorstwo ściąga należności krótkoterminowe, wylicza się cykl inkasa należności wyrażony w dniach z podanego wzoru:

$$\text{Cykl inkasa należności} = \frac{\text{przeciętny stan należności} \\ \text{krótkoterminowych} \times 365 \text{ dni}}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

Każdy podmiot leczniczy dąży do tego, aby pacjenci/kontrahenci płacili za towary i usługi w możliwie jak najkrótszym terminie. Dzięki temu możliwe jest zainwestowanie tych środków lub spłata zobowiązań wobec wierzycieli⁶¹.

Wskaźnik rotacji zobowiązań bieżących wylicza się przy użyciu poniższego wzoru:

$$\text{Wskaźnik rotacji zobowiązań bieżących} = \frac{\text{przeciętny stan zobowiązań} \\ \text{krótkoterminowych} \times 365 \text{ dni}}{\text{przychody ze sprzedaży}}$$

W przeciwieństwie do cyklu inkasowania należności, w tym przypadku podmiot leczniczy dąży do tego, aby spłacać swoje zobowiązania w możliwie jak najdłuższym okresie, przy założeniu, że spłaca swoje zobowiązania w ustalonym terminie. Dzięki temu podmiot leczniczy może jak najdłużej zarządzać środkami finansowymi na dowolny cel⁶².

Na sprawność działania podmiotu leczniczego mają wpływ: cykl obrotu zapasami, cykl inkasowania należności, a także wskaźnik rotacji zobowiązań bieżących. Te trzy wskaźniki tworzą cykl konwersji gotówki, dzięki któremu

⁶⁰ W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 354–355.

⁶¹ B. Pomykalska, P. Pomykalski, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007, s. 79–80.

⁶² M. Gorczyńska, M. Wiczorek-Kosmala, K. Znanięcka, *Finanse przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008, s. 68.

można określić, czy dany podmiot dobrze zarządza środkami gotówkowymi. Wskaźnik ten określa czas od transakcji zakupu materiałów potrzebnych do wytworzenia towarów/świadczenia usługi, do czasu, gdy do kasy podmiotu leczniczego wpłyną środki ze sprzedaży wytworzonych produktów/zrealizowanych usług. Cykl konwersji gotówki oblicza się według wzoru:

$$\text{Cykl konwersji gotówki} = \text{cykl obrotu zapasami} + \text{cykl inkasa należności} - \text{wskaźnik rotacji zobowiązań bieżących}$$

Dla podmiotu leczniczego korzystna sytuacja następuje, gdy wartość wskaźnika jest jak najmniejsza. Świadczy to o tym, że środki podmiotu nie są zamrażane w zapasach i należnościach, a zobowiązania są opłacane w możliwie jak najdłuższym terminie⁶³.

Ostatnią grupą wskaźników ekonomicznych wykorzystywanych w analizie wskaźnikowej są wskaźniki zadłużenia. Korzystanie z obcych źródeł finansowania przez podmioty gospodarujące jest powszechnym zjawiskiem. Wiąże się to z wykorzystywaniem mechanizmu „dźwigni finansowej”, która pozwala na zwiększenie rentowności kapitałów własnych. W tym przypadku wzrastający poziom długu może mieć pozytywny efekt dla podmiotu leczniczego. Jednakże duże zadłużenie wiąże się z kosztami finansowymi w formie spłaty zadłużenia (raty kapitałowej łącznie z jej oprocentowaniem). W momencie nieterminowego regulowania płatności ryzyko finansowe wzrasta. Karą za nieterminową spłatę może być wyższa stopa oprocentowania, przez co efekt „dźwigni finansowej” może zostać zneutralizowany lub zacząć oddziaływać negatywnie. Duża skala angażowania kapitałów obcych generuje wysokie ryzyko finansowe⁶⁴.

Wskaźniki zadłużenia podmiotu leczniczego klasyfikuje się do dwóch grup. Można wyróżnić⁶⁵:

- wskaźniki informujące o stopniu zadłużenia (wskaźnik ogólnego zadłużenia, wskaźnik pokrycia aktywów kapitałami własnymi, wskaźnik zadłużenia kapitałów własnych, wskaźnik zadłużenia długoterminowego,

⁶³ W. Gabrusewicz, *Analiza...*, s. 357–358.

⁶⁴ J. Czekaj, Z. Dresler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, PWN, Warszawa 2011, s. 215.

⁶⁵ W. Gabrusewicz, *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2005, s. 271–272.

wskaźnik długoterminowego zadłużenia kapitałów własnych, wskaźnik struktury zobowiązań, a także wskaźnik pokrycia zobowiązań długoterminowych środkami trwałymi netto);

- wskaźniki informujące o możliwości obsługi zadłużenia (wskaźnik pokrycia obsługi długu, wskaźnik pokrycia zobowiązań odsetkowych oraz wskaźnik pokrycia długu nadwyżką pieniężną).

Pierwszym wskaźnikiem informującym o stopniu zadłużenia jest wskaźnik ogólnego zadłużenia⁶⁶:

$$\text{Wskaźnik ogólnego zadłużenia} = \frac{\text{zobowiązania ogółem}}{\text{aktywa ogółem}}$$

Wskaźnik ogólnego zadłużenia wskazuje, w jakim stosunku aktywa są finansowane przez zobowiązania. Wskaźnik określa również poziom zapewniający bezpieczeństwo spłaty całkowitej sumy zadłużenia. Im wyższa wartość wskaźnika, tym większa zależność finansowa podmiotu leczniczego, ponieważ aktywa będące w jego posiadaniu są w większej mierze finansowane przez źródła obce. Zgodnie z powyższym niezależność finansowa podmiotu leczniczego ma miejsce w przypadku niskiej wartości wskaźnika⁶⁷.

Uzupełnieniem wskaźnika ogólnego zadłużenia jest wskaźnik pokrycia aktywów kapitałami własnymi:

$$\text{Wskaźnik pokrycia aktywów kapitałami własnymi} = \frac{\text{kapitał własny}}{\text{aktywa ogółem}}$$

Wskaźnik pokrycia aktywów kapitałami własnymi służy do oceny stopnia finansowania aktywów podmiotu leczniczego poprzez kapitał własny⁶⁸.

Kolejnym wskaźnikiem uzupełniającym wskaźnik ogólnego zadłużenia jest wskaźnik zadłużenia kapitału własnego:

⁶⁶ *Ibidem*, s. 235.

⁶⁷ E. Nowak, *Jak czytać...*, s. 222–223.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 223.

$$\text{Wskaźnik zadłużenia kapitału własnego} = \frac{\text{zobowiązania ogółem}}{\text{kapitał własny}}$$

Wskaźnik informuje, w jakim stopniu dany podmiot angażuje kapitał własny i obcy, wskazuje również możliwości pokrycia zobowiązań kapitałem własnym. Jego poziom jest szczególnie ważny np. dla instytucji finansowych udzielających pożyczki podmiotom gospodarującym. Przekroczenie pewnego poziomu wskaźnika może oznaczać brak zdolności kredytowej podmiotu leczniczego i brak zgody na finansowanie. W literaturze przedmiotu można spotkać różne wartości referencyjne wskaźnika zadłużenia kapitału własnego (w małych firmach jest to stosunek 3:1, natomiast w dużych i średnich firmach stosunek ten jest znacznie bardziej rygorystyczny, to jest 1:1⁶⁹).

Kolejnym wskaźnikiem zadłużenia jest wskaźnik zadłużenia długoterminowego, którego formuła definiowana jest następująco:

$$\text{Wskaźnik zadłużenia długoterminowego} = \frac{\text{zobowiązania długoterminowe}}{\text{aktywa ogółem}}$$

Wskaźnik informuje o stopniu pokrycia aktywów przez zobowiązania długoterminowe w podmiocie leczniczym. Wartości tego wskaźnika są zbliżone do wartości wskaźnika ogólnego zadłużenia, informują o braku lub zachowaniu stabilności finansowej⁷⁰.

Kolejnym wskaźnikiem zadłużenia jest wskaźnik struktury zobowiązań. Występuje on w dwóch postaciach, w zależności, czy ocenie poddajemy zobowiązania krótkoterminowe, czy długoterminowe:

$$\frac{\text{Wskaźnik struktury}}{\text{zobowiązań długoterminowych}} = \frac{\text{zobowiązania długoterminowe}}{\text{zobowiązania ogółem}}$$

$$\frac{\text{Wskaźnik struktury}}{\text{zobowiązań krótkoterminowych}} = \frac{\text{zobowiązania krótkoterminowe}}{\text{zobowiązania ogółem}}$$

⁶⁹ M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, wyd. 1, Warszawa 1993, s. 90.

⁷⁰ E. Nowak, *Jak czytać...*, s. 223.

Optymalna sytuacja w podmiocie leczniczym to struktura zobowiązań, w której przeważają zobowiązania długoterminowe nad zobowiązaniami krótkoterminowymi. Jest to związane z terminem ich wymagalności – krótkie terminy wymagalności zobowiązań wiążą się z koniecznością częstszego ich monitorowania i podejmowania decyzji zapewniających kontynuację finansowania⁷¹.

Wskaźnik długoterminowego zadłużenia kapitału własnego to iloraz zobowiązań długoterminowych i kapitału własnego:

$$\text{Wskaźnik długoterminowego zadłużenia kapitału własnego} = \frac{\text{zobowiązania długoterminowe}}{\text{kapitał własny}}$$

Optymalna wartość wskaźnika długoterminowego zadłużenia kapitału własnego wskazywana w literaturze przedmiotu mieści się w przedziale od 0,5 do 1. Wartości powyżej 1 oznaczają znaczny poziom zadłużenia podmiotu⁷².

Ostatnim wskaźnikiem zadłużenia jest wskaźnik pokrycia zobowiązań długoterminowych środkami trwałymi netto. Liczony jest według następującej formuły:

$$\text{Wskaźnik pokrycia zobowiązań długoterminowych środkami trwałymi netto} = \frac{\text{środki trwałe netto}}{\text{zobowiązania długoterminowe}}$$

Wskaźnik ten wskazuje zakres, w jakim zobowiązania długoterminowe są zabezpieczone środkami trwałymi. Ponieważ aktywa trwałe stanowią potencjalne źródło zabezpieczenia zobowiązań zaciąganych przez przedsiębiorstwo, wysoki poziom tego wskaźnika informuje o większej pewności co do zwrotu użyczonego kapitału⁷³.

Podmioty udzielające finansowania podmiotom leczniczym, podejmując decyzje o użyczeniu kapitału, badają, czy istnieje możliwość jego późniejszego zwrotu. W ocenie tego pomagają wskaźniki badające zdolność do obsługi długu.

⁷¹ *Ibidem*, s. 223–224.

⁷² W. Gabrusiewicz, *Podstawy analizy...*, s. 274.

⁷³ *Ibidem*, s. 274–275.

Pierwszym z nich jest wskaźnik pokrycia obsługi długu, definiowany także jako wskaźnik wiarygodności kredytowej. Występuje on w dwóch wersjach w zależności od tego, czy uwzględnia zysk przed lub po opodatkowaniu oraz spłatę odsetek:

$$\text{Wskaźnik pokrycia obsługi długu I} = \frac{\text{odsetki} + \text{zysk przed opodatkowaniem}}{\text{odsetki} + \text{raty kapitałowe}}$$

$$\text{Wskaźnik pokrycia obsługi długu II} = \frac{\text{zysk po opodatkowaniu}}{\text{odsetki} + \text{raty kapitałowe}}$$

Wskaźnik ten informuje, w jakim stopniu raty kapitałowe wraz z odsetkami są pokrywane przez zysk brutto bądź zysk netto. Wartość wskaźnika nie powinna być mniejsza od 1 (optymalna wartość wskaźnika rekomendowana przez Bank Światowy wynosi 2,5)⁷⁴.

W ocenie zdolności podmiotu leczniczego do obsługi odsetek wykorzystuje się wskaźnik pokrycia zobowiązań odsetkowych, który formułowany jest następująco:

$$\text{Wskaźnik pokrycia zobowiązań odsetkowych} = \frac{\text{odsetki} + \text{zysk przed opodatkowaniem}}{\text{odsetki}}$$

W tym przypadku wykorzystywana jest pozycja zysku brutto, gdyż odsetki są uiszczane przed opodatkowaniem zysku. Nie istnieje wzorcowa wartość tego wskaźnika, jednak powinien on być jak najwyższy⁷⁵.

Ostatnim wskaźnikiem potrzebnym do analizy zdolności podmiotu leczniczego do obsługi długu jest wskaźnik pokrycia obsługi długu nadwyżką finansową. Jest on wyrażany następującą formułą:

$$\text{Wskaźnik pokrycia długu nadwyżką finansową} = \frac{\text{amortyzacja} + \text{zysk netto}}{\text{odsetki} + \text{raty kredytu}}$$

⁷⁴ Ibidem, s. 275–276.

⁷⁵ Ibidem, s. 276–277.

Wskaźnik zawiera informacje o zdolności do spłaty raty pożyczki wraz z odsetkami, wykorzystując nadwyżkę finansową. Wartość wzorcowa tego wskaźnika to 1,5. Niższe wartości wskaźnika wiążą się ze zwiększonym ryzykiem⁷⁶.

Zaprezentowane w podrozdziale wskaźniki ekonomiczne stanowią podstawowy zestaw wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów gospodarujących. Na ich bazie można również budować poszerzone instrumentarium analityczne. Należy podkreślić, iż dobór wskaźników do badania zależy od wielu czynników. Istotny jest cel badania, preferencje i wiedza osoby sporządzającej analizę, a także specyfika badanego podmiotu. W ocenie sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych duże znaczenie ma zróżnicowanie na podmioty publiczne i niepubliczne. Różnorodne podejście do formułowania celów działalności tych jednostek – nadanie priorytetów celom medycznemu lub ekonomicznemu – niesie bowiem reperkusje dla oceny efektów finansowych prowadzonej przez nie działalności. Różnorodność celów podmiotów leczniczych publicznych i niepublicznych sprawia, że nie jest możliwe ustalenie analogicznego zestawu wskaźników oraz ich wartości referencyjnych dla obu rodzajów podmiotów, stąd nie jest możliwe porównywanie wartości wskaźników w tych grupach podmiotów. W kolejnym podrozdziale zaprezentowana zostanie metodologia służąca analizie sytuacji ekonomiczno-finansowej publicznych podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Przyjęta prawnie wystandaryzowana formuła oceny i prognozowania sytuacji ekonomiczno-finansowej publicznych podmiotów leczniczych umożliwia przeprowadzenie analiz porównawczych pomiędzy podmiotami z tej grupy.

⁷⁶ *Ibidem*, s. 277.

4.5. Specyfika analizy wskaźnikowej publicznych podmiotów leczniczych

W 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Akt ten stanowił pierwszą próbę standaryzacji oceny i prognozowania sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych. Określono w nim zarówno dobór wskaźników ekonomiczno-finansowych, na podstawie których dokonuje się analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej, jak i sposób ich obliczania oraz przypisane im punktowe oceny. Dobór wskaźników został uzasadniony umocowaniem w teorii i zasadach analizy wskaźnikowej z uwzględnieniem specyfiki działalności podmiotów leczniczych. Próba oceny tego narzędzia podjęta zostanie w końcowej części podrozdziału. Każdemu ze wskaźników przypisano wartości wzorcowe oraz wagi punktowe, których suma pozwoli określić miejsce danego podmiotu leczniczego wśród innych – badanych w analogiczny sposób. Rozporządzenie odnosi się do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale jego przepisy mogą być stosowane w podmiotach leczniczych, które działają w innej formie organizacyjno-prawnej.

Z bogatego wachlarza wskaźników finansowych ustawodawca wybrał dziewięć podzielonych na cztery grupy. Grupy te odpowiadają poszczególnym obszarom oceny i dotyczą: zyskowności podmiotu, jego płynności finansowej, efektywności, a także zadłużenia.

Pierwszą grupą wskaźników przeznaczonych do oceny sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są wskaźniki zyskowności (rentowności) określające zdolność podmiotu do generowania zysków (tabela 33). Dodatkowo wartości wskaźników informują o racjonalnym gospodarowaniu. Dotyczy to sytuacji, gdy przychody podmiotu przewyższają jego koszty.

Tabela 33. Wskaźniki zyskowności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ

Nazwa wskaźnika	Wzór	Interpretacja
Wskaźnik zyskowności netto	$\frac{\text{wynik netto} \times 100\%}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$	- informuje, jaki procent zysku osiągnięty jest z jednej jednostki przychodu - im większa wartość wskaźnika zyskowności netto, tym korzystniejsza jest sytuacja finansowa podmiotu
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej	$\frac{\text{wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}}$	wskaźnik określa ekonomiczną efektywność działania podmiotu, z uwzględnieniem działalności podstawowej oraz pozostałej działalności operacyjnej (podczas gdy wskaźnik zyskowności netto określa efektywność gospodarki finansowej w odniesieniu do relacji przychody ogółem – koszty ogółem podmiotu)
Wskaźnik zyskowności aktywów	$\frac{\text{wynik netto} \times 100\%}{\text{średni stan aktywów}}$	- informuje o wielkości zysku lub straty przypadającej na jednostkę wartości zaangażowanych w podmiocie aktywów - wyznacza on ogólną zdolność aktywów podmiotu do generowania zysku

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem do oceny rentowności podmiotów leczniczych mają służyć trzy wskaźniki: wskaźnik zyskowności netto, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej, wskaźnik zyskowności aktywów. Na uwagę zasługuje fakt, że ustawodawca pominął w doborze wskaźników wskaźnik rentowności kapitałów własnych, który zajmuje znaczące miejsce w analizie rentowności przedsiębiorstw. Pominięcie tego wskaźnika uniemożliwia zbadanie relacji pomiędzy nim a pozostałymi wskaźnikami rentowności w przedsiębiorstwie (np. dla oceny efektu działania dźwigni

finansowej), a także uniemożliwia porównanie rentowności wykorzystania kapitału własnego wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Należy podkreślić, że ocena rentowności podmiotów leczniczych jest bardzo trudna, co wynika ze specyfiki ich działalności. Ocena ta jest także zróżnicowana z punktu widzenia działalności podmiotów publicznych i niepublicznych, co jest konsekwencją przyjętych celów ich działania (głównie celów ekonomicznych w podmiotach niepublicznych oraz kombinacji celów ekonomicznych i społecznych/zdrowotnych – w podmiotach publicznych). Realizując bowiem nie tylko cele ekonomiczne, ale również społeczne, w większości podmioty lecznicze nie działają dla zysku, a celem ekonomicznym samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest przede wszystkim zrównoważenie kosztów i przychodów.

Rozsądny wydaje się pogląd, że w omawianym rozporządzeniu Ministra Zdrowia wskazano tylko podstawowe wskaźniki rentowności, które dają ogólny obraz efektywności i zapewniają porównywalność oceny działalności podmiotów leczniczych. Ponadto należy wskazać, że poza ustawowymi wymogami badania rentowności analizowanych podmiotów w literaturze przedmiotu można znaleźć szereg badań uwzględniających dużo szerszy aspekt oceny rentowności uwzględniający również inne wskaźniki⁷⁷.

Drugą grupą wskaźników uwzględnionych w rozporządzeniu są wskaźniki płynności. Informują one o zdolności podmiotu leczniczego do terminowej spłaty zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych. Ustawodawca zaproponował do oceny płynności finansowej dwa wskaźniki statyczne liczone na podstawie informacji zawartych w bilansie podmiotu leczniczego (tabela 34).

⁷⁷ Por. M. Cygańska, *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 388, s. 363–372; B. Krzeczewski, *Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65, 2014, s. 1–13; A. Warelis, *Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2011, nr 44, s. 183–193.

Tabela 34. Wskaźniki płynności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ

Nazwa wskaźnika	Wzór	Interpretacja
Wskaźnik bieżącej płynności	$\frac{\text{aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$	określa zdolność podmiotu do spłaty zobowiązań krótkoterminowych poprzez upłynnienie wszystkich środków obrotowych
Wskaźnik szybkiej płynności	$\frac{\text{aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne} - \text{zapasy}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$	określa zdolność podmiotu do spłacania zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami, tj. krótkoterminowymi należnościami i aktywami finansowymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W literaturze przedmiotu wartość referencyjna wskaźnika bieżącej płynności zawiera się w przedziale 1,2–2,0. Warto zwrócić uwagę, że ustawodawca przyporządkowując wartościom wskaźników oceny punktowe, preferuje wartości z przedziału 1,5–3,0⁷⁸. Tymczasem wartość wskaźnika bieżącej płynności powyżej 2,0 może świadczyć o nadpłynności i nieefektywnym gospodarowaniu aktywami obrotowymi (zbyt duże zapasy materiałowe, nieinwestowanie wolnych środków pieniężnych).

W podobny sposób oceniona została wartość wskaźnika szybkiej płynności, który informuje o zdolności podmiotu leczniczego do spłaty zobowiązań krótkoterminowych środkami pieniężnymi, papierami wartościowymi przeznaczonymi do obrotu i należnościami krótkoterminowymi.

⁷⁸ Patrz tabela 37.

W literaturze przedmiotu optymalny jego poziom to minimum 1,0 – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia najlepiej jest oceniana wartość powyżej 2,5⁷⁹.

Zaproponowana w omawianym rozporządzeniu metodyka badania płynności finansowej podmiotów leczniczych jest dość dyskusyjna. Wąski dobór wskaźników płynności – ograniczający się jedynie do wskaźników statycznych, a pomijający analizę dynamiczną – może dać w efekcie tylko bardzo ogólny obraz sytuacji finansowej podmiotu⁸⁰. Pozytywna ocena nadpłynności finansowej nie koresponduje zaś z dorobkiem nauki w tym zakresie.

Kolejną grupą wskaźników uwzględnionych w ocenie sytuacji finansowej podmiotów leczniczych są wskaźniki efektywności (tabela 35).

Tabela 35. Wskaźniki efektywności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ

Nazwa wskaźnika	Wzór	Interpretacja
Wskaźnik rotacji należności w dniach	$\frac{\text{średni stan należności z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}}$	– określa długość cyklu oczekiwania podmiotu leczniczego na uzyskanie należności za świadczone usługi – im wyższy poziom wskaźnika, tym podmiot ma większe trudności ze ściągalnością swoich należności, co może obniżyć zdolność do terminowego regulowania zobowiązań
Wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach	$\frac{\text{średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}}$	– określa okres, jaki jest potrzebny podmiotowi do spłacenia swoich zobowiązań krótkoterminowych – zbyt wysoka wartość wskaźnika może świadczyć o trudnościach podmiotu w regulowaniu swoich bieżących zobowiązań

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

⁷⁹ Patrz tabela 37.

⁸⁰ Ocenę płynności finansowej podmiotów leczniczych z zastosowaniem szerszego doboru wskaźników można odnaleźć w publikacji K. Prędkiewicz, P. Prędkiewicz, *Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013, nr 62, s. 169–179.

Wskaźniki efektywności uzupełniają analizę płynności finansowej podmiotu leczniczego, wskazując na czas wpływu należności za świadczone usługi i czas jaki jest potrzebny do spłacenia zobowiązań bieżących dostawcom. Wyznaczone przez ustawodawcę optymalne poziomy wskaźników odpowiadają wartościom referencyjnym wskaźników spotykanym w literaturze przedmiotu (za optymalny poziom wskaźnika rotacji należności ustawodawca przyjął czas do 45 dni, w przypadku wskaźnika rotacji zobowiązań najwięcej punktów przyznano okresowi spłaty zobowiązań do 60 dni)⁸¹.

Podobnie jak w poprzednich grupach wskaźników wybór wskaźników efektywności w rozporządzeniu został mocno ograniczony⁸². Wydaje się, że szczególnie istotne w analizie sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych byłoby wykorzystanie np. wskaźnika rotacji zapasów, zwłaszcza w podmiotach, w których zapasy leków czy jednorazowego sprzętu stanowią duży udział w pozycjach kosztowych jednostki⁸³.

Ostatnią grupą wskaźników wziętych pod uwagę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia są wskaźniki zadłużenia (tabela 36).

⁸¹ Patrz tabela 37.

⁸² Badania sytuacji ekonomiczno-finansowej z szerokim uwzględnieniem cykli rotacyjnych zaprezentował W. Janik, *Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. XIII, nr 4, s. 27–44.

⁸³ Wskaźnik rotacji zapasów określa szybkość obrotu zapasami podmiotu medycznego, które stanowią głównie: leki, materiały opatrunkowe, sprzęt medyczny jednorazowego użytku. B. Zaleska, *Rola wskaźników finansowych w analizie i prognozie sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych Politechniki Koszalińskiej” 2017, nr 21, s. 381–382.

Tabela 36. Wskaźniki zadłużenia w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ

Nazwa wskaźnika	Wzór	Interpretacja
Wskaźnik zadłużenia aktywów	$\frac{\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}}{\text{aktywa razem}} \times 100\%$	– informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi – zbyt wysoka wartość wskaźnika podważa wiarygodność finansową podmiotu
Wskaźnik wypłacalności	$\frac{\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}}{\text{fundusz własny}}$	– określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego – wysoka wartość wskaźnika wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez podmiot zobowiązań

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W ocenie kondycji finansowej podmiotów medycznych grupa wskaźników zadłużenia wydaje się być szczególnie istotna, gdyż w literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele opracowań dotyczących zwiększającego się zadłużenia podmiotów leczniczych. Wśród przyczyn tej sytuacji wyróżnia się przyczyny zewnętrzne (związane z warunkami funkcjonowania podmiotów leczniczych w zakresie organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, finansowania ich działalności, niespójnych regulacji prawnych odnoszących się do podmiotów leczniczych) i wewnętrzne (związane z procesem zarządzania podmiotem leczniczym)⁸⁴.

Do szczegółowych przyczyn zadłużania się szpitali można zaliczyć⁸⁵:

- zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce (limity świadczeń, nierentowność procedur, nierównomierność wyceny procedur i prywatyzacja najbardziej rentownych specjalności);

⁸⁴ *Ibidem*, s. 383.

⁸⁵ D. Wasilewski, *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, s. 26–61, <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2016/09/Siec-szpitali-2017.pdf> [dostęp: 30.04.2021].

- niejasność przepisów i zasad finansowania świadczeń (polityka NFZ w odniesieniu do nadwykonań, zmiana wysokości taryf świadczeń gwarantowanych, odgórne narzucanie wymogów bez dedykowanego finansowania);
- problemy z zapewnieniem kadry (niedobór lekarzy i pielęgniarek, emigracja personelu medycznego, starzenie się populacji zawodowej, zbyt mała liczba studentów kierunków medycznych, presja płacowa związana z niedoborem kadry medycznej);
- leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego;
- fragmentaryczność leczenia szpitalnego i dublowanie diagnostyki;
- zbyt gęsta sieć szpitali;
- brak możliwości uzyskania szerszego dostępu do środków niepublicznych;
- inne przyczyny – rosnące koszty opieki medycznej, inflacja medyczna, błędy zarządzających podmiotami leczniczymi, niedostosowanie bazy i infrastruktury do potrzeb, brak systemowej motywacji do restrukturyzacji zadłużenia oraz brak efektów restrukturyzacji w wybranych podmiotach medycznych.

Dobór wskaźników zadłużenia podmiotów leczniczych jest znacznie zawężony w stosunku do analizy zadłużenia np. przedsiębiorstw. Może to być związane z faktem, że większość analizowanych podmiotów nie korzysta z obcych źródeł finansowania (np. z kredytów bankowych). Często jest to związane z brakiem zdolności kredytowej podmiotu leczniczego. Niemniej jednak analiza zadłużenia może obejmować szerszy zakres wskaźników, np.: ogólnego zadłużenia, zadłużenia długoterminowego, zadłużenia kapitału własnego, udziału zobowiązań długoterminowych w zobowiązaniach ogółem, zadłużenia rzeczowych aktywów trwałych⁸⁶.

⁸⁶ B. Krzeczewski, *Zadłużenie łódzkich szpitali publicznych a bezpieczeństwo ich funkcjonowania – wybrane przykłady*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2013, nr 284, s. 93–107, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/10298/07-krzeczewski.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 30.04.2021]; P. Łagowski, *Analiza finansowa kluczowych podmiotów leczniczych w województwie dolnośląskim* [w:] *Sytuacja przedsiębiorcy w warunkach pokryzysowych*, red. A. Ćwiąkała-Małyś, E. Rutkowska-Tomaszewska, „Prace Naukowe Wydziału Prawa,

Wyznaczone dla podmiotu leczniczego wartości wskaźników rekomendowanych przez Ministra Zdrowia służą w kolejnym kroku do wyznaczenia sumy punktów, która ma odzwierciedlać ogólną sytuację ekonomiczno-finansową danej jednostki. Ustawodawca wyznaczył dla poszczególnych wskaźników przedziały osiąganych przez nie wartości oraz przypisał im ocenę punktową⁸⁷ (tabela 37). Ogólna sytuacja ekonomiczno-finansowa podmiotu leczniczego wyrażona jako suma punktów może być przedmiotem porównań sektorowych (np. mieć zastosowanie w ocenie ratingowej podmiotów leczniczych).

Tabela 37. Przedziały wartości i ocena punktowa wskaźników stosowanych do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Wskaźnik	Przedziały wartości wskaźnika	Ocena (liczba punktów)
Wskaźnik zyskowności netto (%)	poniżej 0,0%	0
	od 0,0% do 2,0%	3
	od 2,0% do 4,0%	4
	powyżej 4,0%	5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	poniżej 0,0%	0
	od 0,0% do 3,0%	3
	od 3,0% do 5,0%	4
	powyżej 5,0%	5
Wskaźnik zyskowności aktywów (%)	poniżej 0,0%	0
	od 0,0% do 2,0%	3
	od 2,0% do 4,0%	4
	powyżej 4,0%	5

Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. *Finanse i Rachunkowość* 2016, nr 2, s. 142–144, http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/89227/09_P_Lagowski_Analiza_finansowa_kluczowych_podmiotow_leczniczych.pdf [dostęp: 30.04.20201].

⁸⁷ B. Zaleska, *Rola wskaźników...*, s. 374.

Wskaźnik	Przedziały wartości wskaźnika	Ocena (liczba punktów)
Wskaźnik bieżącej płynności	poniżej 0,60	0
	od 0,60 do 1,00	4
	od 1,00 do 1,50	8
	od 1,50 do 3,00	12
	powyżej 3,0	10
Wskaźnik szybkiej płynności	poniżej 0,50	0
	od 0,50 do 1,00	8
	od 1,00 do 2,50	13
	powyżej 2,50	10
Wskaźnik wypłacalności	od 0,00 do 0,50	10
	od 0,51 do 1,00	8
	od 1,01 do 2,00	6
	od 2,01 do 4,00	4
	powyżej 4,00, poniżej 0,00	0
Wskaźnik rotacji należności	poniżej 45 dni	3
	od 45 do 60 dni	2
	od 61 do 90 dni	1
	powyżej 90 dni	0
Wskaźnik rotacji zobowiązań	do 60 dni	7
	od 61 do 90 dni	4
	powyżej 90 dni	0
Wskaźnik zadłużenia aktywów	poniżej 40%	10
	od 40% do 60%	8
	od 60% do 80%	3
	powyżej 80%	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Analiza sposobu przeprowadzenia oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych zdefiniowana przez ustawodawcę może wskazywać, że podstawową jej przesłanką było uproszczenie, zapewnienie

przejrzystości i jednorodności oceny oraz umożliwienie porównywalności podmiotów leczniczych (benchmarkingu). Podstawową wadą przedstawionej metodyki oceny – poza jej ogólnością i wybiórczością obszarów badania – jest jej statyczny charakter. Ocena ta dokonywana jest bowiem w danej jednostce czasu (rok), bez uwzględnienia wartości wskaźników w poprzednich latach oraz bez odniesienia do zdarzeń zaistniałych w cyklu życia danego podmiotu. Uniemożliwia to zarówno pogłębioną interpretację wartości wskaźników oszacowanych dla danego roku, jak również wskazanie tendencji zmian poszczególnych wskaźników w czasie.

Podsumowując, ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego dokonywana wyłącznie na podstawie osiągniętych w danym roku wskaźników rekomendowanych przez ustawodawcę powinna stanowić raczej „streszczenie” oceny dokonywanej na potrzeby samego podmiotu, która to ocena powinna być poszerzona zarówno pod względem liczebności wskaźników, jak i dodatkowych kryteriów oceny czy dodatkowych miar⁸⁸.

⁸⁸ Interesujący sposób oceny działalności podmiotów leczniczych na przykładzie szpitali – z wykorzystaniem wskaźnika sprawności klinicznej – proponuje M. Cygańska. Zob. M. Cygańska, *A clinical efficiency index for the measurement of hospital performance: development and validation*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2019, vol. 63, nr 2, s. 155–164.

Część II

Budżetowanie w zarządzaniu finansami podmiotów lecznich

– Roman Kotapski –

Rozdział 1

Budżetowanie w zarządzaniu podmiotem leczniczym

1.1. Istota i cele budżetowania

Istotnym elementem zarządzania podmiotem leczniczym jest planowanie i kontrola jego działalności. Są to podstawowe funkcje zarządzania obok motywowania i organizowania. Rozważając o istocie i celach budżetowania czy też jego wdrożeniu i funkcjonowaniu w podmiocie leczniczym, należy mieć przede wszystkim na uwadze funkcje zarządzania oraz cel. Budżet jest tylko narzędziem, które pomaga osiągnąć cele wyznaczone przez właścicieli lub zarząd podmiotu leczniczego. W pierwszej kolejności należy zdefiniować podstawowe pojęcia jak:

- budżetowanie,
- budżet,
- kontrola budżetowa.

Budżetowanie¹ to zespół czynności, wykonywanych zgodnie z zasadami i metodami właściwymi temu procesowi, które prowadzą do sporządzenia budżetu i **wykorzystania go w zarządzaniu** podmiotem leczniczym. Obejmuje ono:

- określenie przez zarząd zamierzonych celów do osiągnięcia przez podmiot leczniczy;

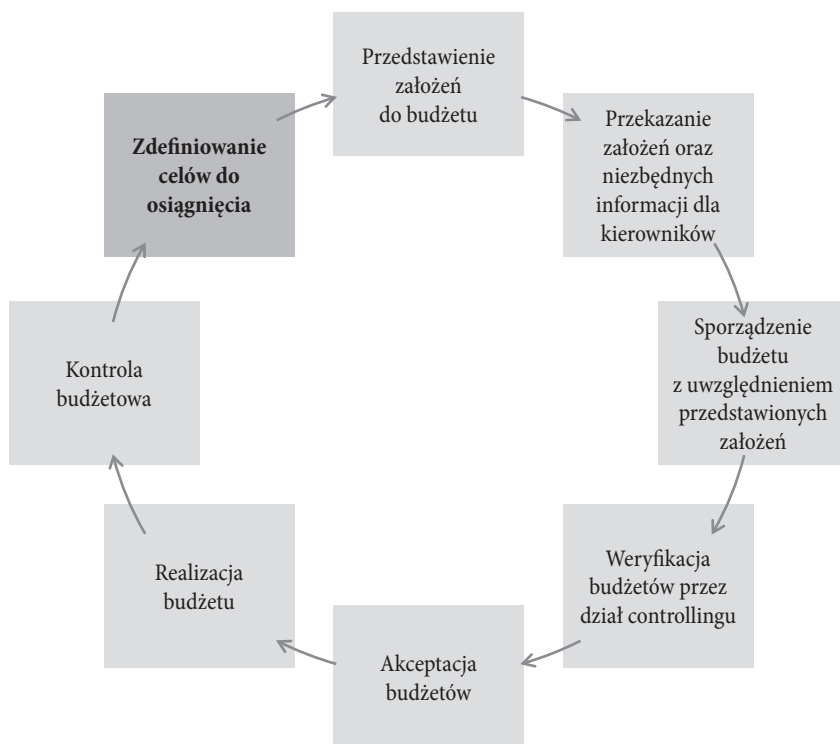
¹ Szerzej o istocie budżetowania i jego składników traktuje m.in. praca R. Kotapskiego, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem budowlano-montażowym*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2014, s. 35–85. Autor zawarł w niej swoje rozważania i wyniki długoletnich badań w tym zakresie.

- przedstawienie przez zarząd założeń do budżetu podmiotu leczniczego;
- przekazanie kierownikom poszczególnych obszarów działalności podmiotu leczniczego podstawowych informacji i danych niezbędnych do sporządzenia budżetów, za które odpowiadają;
- sporządzenie budżetów częściowych i budżetu głównego oraz budżetu wpływów i wydatków podmiotu leczniczego;
- weryfikację budżetów częściowych i budżetu głównego pod kątem przyjętych założeń;
- akceptację budżetu podmiotu leczniczego;
- realizację zadań zawartych w budżecie;
- kontrolę budżetową.

Faza opracowania budżetu obejmuje jego sporządzenie na podstawie wytycznych i celów przekazanych od zarządu. W fazie realizacji następuje wykonanie postawionych zadań w budżecie, które uwzględniają niezbędne zasoby do ich realizacji. Natomiast faza kontroli budżetowej dotyczy wykonania postawionych zadań i ich oceny. Należy też uwzględnić to, że **kontrola budżetowa zaczyna się nie po realizacji zadania ujętego w budżecie, lecz w momencie opracowania budżetu, gdyż akceptacja budżetu to zadanie do wykonania**. Jest to istotne podejście do kontroli budżetowej. Wskazuje to jednoznacznie na menedżerski charakter budżetowania i ma charakter ciągły, a nie jednorazowy. Stąd też muszą być opracowane pewne procedury w podmiocie leczniczym, aby budżetowanie mogło w nim prawidłowo funkcjonować. Schematycznie proces budżetowania w podmiocie leczniczym przedstawia rysunek 2.

Budżet to plan działania wyrażony w formie ilościowej (jednostki naturalne) i wartościowej (jednostki pieniężne) w odniesieniu do określonego zakresu działalności, dla ściśle ustalonego przedziału czasu².

² Podobnie definicja budżetu przedstawiana jest np. w pracach P. Horváth, *Controlling*, Verlag Franz Vahlen, München 2001, s. 233; O. Greiner, *Strategiegerechte Budgetierung*, Verlag Franz Vahlen, München 2004, s. 58–69; W. Müller, *Integrierte Erfolgs- und Finanzplanung: Ein Leitfaden für die Unternehmensplanung im Mittelstand*, Shaker Verlag GmbH, Aachen 2002, s. 33–39.



Rysunek 2. Schemat procesu budżetowania

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższej definicji wynika, że budżet to nic innego jak pewna liczbowa propozycja zadania (zadań) do wykonania, w której zawarte są niezbędne zasoby, czyli to, co jest potrzebne do wykonania zadania, i ich wartość. Potrzebne są też informacje o tym, w jakim czasie zadania te mają być wykonane i kto za nie odpowiada. Jest to o tyle ważne, że w ten sposób przechodzimy od ogólnych celów do ich przełożenia na realne przedsięwzięcia, z uwzględnieniem niezbędnych zasobów do wykonania oraz wskazaniem, jaki dział lub działy mają wykonać te zadania.

Budżet musi uwzględniać procesy i działania dotyczące podmiotu leczniczego oraz jego jednostek organizacyjnych, np. oddziału szpitalnego, pracowni medycznych, przychodni. Również w budżetach częściowych muszą

być wyodrębnione istotne miejsca powstawania kosztów, nie tylko koszty rodzajowe, jak niektórzy naukowcy czy praktycy sobie go wyobrażają. Brak wyodrębnienia w budżetach tych miejsc powstawania kosztów, a w nich kosztów kluczowych budżetów w praktyce spowoduje, że taki budżet nie będzie przydatny w zarządzaniu podmiotem leczniczym, np. szpitalem, przychodnią, zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym.

W praktyce występują różne kryteria klasyfikacji i rodzajów budżetów. Ze względu na rodzaje budżetów wyróżnia się budżety m.in. długookresowe, krótkookresowe, strategiczne, operacyjne, główne, odgórne, częściowe, stałe, elastyczne, wiodące³. Z punktu widzenia praktycznego najważniejsze są:

- budżet główny,
- budżet operacyjny,
- budżet finansowy.

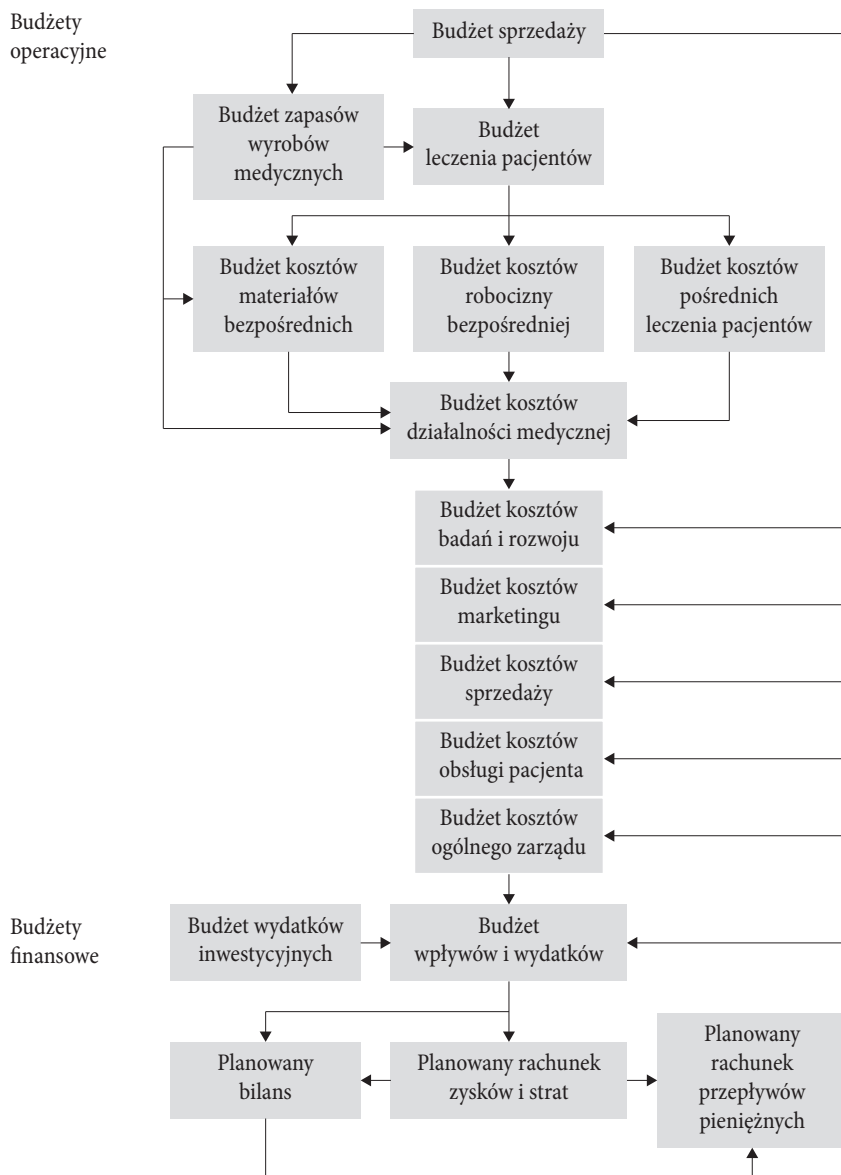
Budżet główny to zbiór szczegółowych budżetów operacyjnych i sprawozdań finansowych pro forma dotyczący okresu rocznego lub okresów krótszych (miesiąca, kwartału).

Budżet operacyjny to budżet w ujęciu ilościowym i/lub wartościowym, tj. wyrażony zarówno w jednostkach naturalnych (np. sztukach, godzinach, metrach itp.), jak i pieniężnych. Do budżetów operacyjnych zalicza się np. budżet oddziału szpitalnego, budżet zakładu diagnostyki obrazowej.

Budżet finansowy to budżet wyrażony tylko w jednostkach pieniężnych, sporządzony na podstawie danych budżetów operacyjnych. Budżet finansowy odzwierciedla środki finansowe, które zamierza się wykorzystać lub osiągnąć w przyszłym okresie. W skład budżetu finansowego wchodzi budżet wpływów i wydatków (budżet środków pieniężnych) oraz sprawozdanie finansowe pro forma⁴. Schemat struktury budżetu podmiotu leczniczego przedstawia rysunek 3.

³ Kryteria klasyfikacji budżetów i ich rodzaje są opisane m.in. w następujących pracach: K. Czubakowska, *Budżetowanie w controllingu*, ODDK, Gdańsk 2004, s. 81; A.A. Jaruga, W.A. Nowak, A. Szycha, *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, Absolwent, Łódź 1999, s. 598–608; W. Krawczyk, B. Bek-Gaik, M. Łada-Cieślak, *Budżetowanie działalności przedsiębiorstw*, Agencja Wydawniczo-Poligraficzna, Kraków 2001, s. 23; A. Szczerbiński, *Metody budżetowania kosztów* [w:] *Budżetowanie kosztów przedsiębiorstwa*, red. E. Nowak, ODDK, Gdańsk 2002, s. 54–57.

⁴ A.A. Jaruga, W.A. Nowak, A. Szycha, *Rachunkowość...*, s. 654.



Rysunek 3. Struktura budżetu głównego podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne na podstawie C.T. Horngren, S.M. Datar, G. Foster, *Cost Accounting a Managerial Emphasis*, Prentice Hall, New York 2002, s. 181.

Przedstawiona na rysunku 3 struktura budżetu podmiotu leczniczego odzwierciedla budżety operacyjne, a także budżet finansowy. Budżet operacyjny z rysunku 3 przedstawia klasyczny budżet operacyjny, w którym można wyodrębnić koszty bezpośrednie i pośrednie działalności medycznej. Skupiony jest on na budżetowaniu w klasycznym układzie kosztów rodzajowych lub kalkulacyjnym, który w zasadzie odpowiada tzw. pełnemu rachunkowi kosztów wraz ze wszystkimi jego wadami. Jest to też pokłosie stosowanej w tych podmiotach klasycznej rachunkowości finansowej z podziałem na koszty działalności podstawowej, pomocniczej i ogólnego zarządu. Niewyodrębnione są w nim poszczególne jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego czy też istotne koszty procesów wewnętrznych. W konsekwencji przedstawiony układ budżetu części operacyjnej nie pozwala na efektywniejsze wykorzystanie budżetowania w zarządzaniu podmiotu leczniczego.

W dalszej części książki w podrozdziale 1.2 zostaną przedstawione przykłady budżetów operacyjnych podmiotów leczniczych z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności, istotnych z punktu widzenia zarządzania miejsc powstawania kosztów oraz procesów.

System budżetowania to nie tylko tabele w arkuszu kalkulacyjnym, jak często sądzi wielu naukowców i praktyków. **Elementami systemu budżetowania** podmiotu leczniczego są:

- budżet wpływów i wydatków,
- budżet operacyjny,
- budżety częściowe (przychodów i kosztów),
- instrukcje sporządzania budżetów,
- raport z działalności podmiotu leczniczego dla zarządu,
- zakładowy plan kont w zakresie, w jakim poszczególne pozycje przychodów i kosztów będą źródłem danych do systemu kontroli budżetowej,
- bazy danych i informacje niezbędne do sporządzenia budżetów i raportowania,
- system informatyczny wspomagający budżetowanie i controlling,
- zarządzanie systemem budżetowania.

System budżetowania podmiotu leczniczego musi bezwzględnie obejmować powyższe elementy, w przeciwnym razie nie będą spełnione warunki jego sprawnego funkcjonowania w podmiocie leczniczym. Jest to

punkt wyjścia do opracowania wyszczególnionych elementów systemu budżetowania. Pozwoli to uporządkować działania związane z opracowaniem, a następnie z wdrożeniem i funkcjonowaniem systemu budżetowania w podmiocie leczniczym.

Istotne z punktu widzenia zarządzania podmiotem leczniczym i sprawnego funkcjonowania w nim systemu budżetowania są instrukcje sporządzania budżetu. **Instrukcja sporządzania budżetu** to najogólniej opis wytycznych i sposobu sporządzenia budżetu, w którym zawarte są również wzory i opisy formularzy budżetowych. Kształt i układ instrukcji mogą być różne i zależy to głównie od potrzeb użytkowników systemu budżetowania⁵. Instrukcja budżetowa powinna pozwolić odpowiedzialnemu za budżet pracownikowi bez problemu go sporządzić. W instrukcji budżetowej powinny się znaleźć takie informacje, których posiadanie sprawi, że pracownik będzie wiedział, jak się poruszać w systemie budżetowania podmiotu leczniczego. Jej układ może być następujący:

- strona tytułowa;
- spis treści;
- wstęp – w nim należy przedstawić cele budżetowania i określić, co sporządzenie budżetu ma umożliwić podmiotowi leczniczemu;
- wymogi formalne;
- konstrukcja budżetu;
- opis i wzory formularzy budżetowych;
- załączniki.

⁵ Szerzej w pracach m.in.: J. Gierusz, M. Ossowski, *Etapy wdrażania systemu budżetowania*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2004, nr 10, s. 43; I. Jakubiec, *Wzór instrukcji controllingu*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2010, nr 5, s. 5; R. Kotap-ski, *Księga budżetowa jako przewodnik po systemie budżetowania przedsiębiorstwa*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2004, nr 11, s. 41–45; P. Rumniak, *Problemy we wdrażaniu systemu budżetowania w przedsiębiorstwach przemysłowych* [w:] *Funkcjonowanie controllingu w polskich przedsiębiorstwach*, PPH Zapol s.c., Szczecin 2000, s. 261; M. Talarska, *Pojęcie instrukcji budżetowej i instrukcji sporządzenia budżetu w systemie budżetowania w szpitalach publicznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 188, s. 136–145; K. Winiarska, *Zarządzanie przez budżetowanie*, „Monitor Rachunkowości i Finansów” 2001, nr 4, zeszyt specjalny, s. 33.

Realizacja budżetu podmiotu leczniczego wymaga weryfikacji i odpowiedzi na pytanie, czy założenia przedstawione w budżecie zostały zrealizowane. Wymaga to opracowania odpowiedniego sprawozdania – raportu. Musi on być z góry ułożony i ustrukturyzowany, aby pracownik – controller mógł skupić się nad jego sporządzeniem, a nie odgadywaniem i układaniem jego zakresu. Ponadto raport ten musi być powtarzalny i tym samym porównywalny w czasie. Jego stały układ jest też istotny z tego powodu, że w systemie informatycznym wspomagającym budżetowanie w podmiocie leczniczym można od razu wbudować odpowiednie zestawienia przedstawiające same budżety oraz odchylenia, które będą robione automatycznie w systemie informatycznym. Dzięki temu controller będzie skupiony na analizie zestawień i przygotowaniu raportu, a nie ściąganiu danych z różnych systemów informacyjnych, np. systemu finansowo-księgowego, budżetów.

Zakładowy plan kont jest jednym z kluczowych elementów systemów budżetowania i musi w dużej części odzwierciedlać układ budżetów cząstkowych w zakresie przychodów i kosztów działalności podmiotu leczniczego. W przypadku gdy oba systemy nie będą ze sobą spójne, to w zasadzie trudno będzie sporządzić odchylenia przyjętych wartości w budżecie. Rzeczywiste przychody i koszty są odnotowane oraz zweryfikowane w systemie finansowo-księgowym podmiotu leczniczego.

W jednym ze szpitali został wdrożony system budżetowania wraz z systemem informatycznym. Wcześniej przed rozpoczęciem wdrożenia była opracowana analiza systemu informacyjnego⁶. W jej ramach zalecano utworzenie stanowiska specjalisty do spraw controllingu. Tenże specjalista miał docelowo zajmować się budżetowaniem w tym szpitalu. Budżet obejmował cały szpital. Został wdrożony oraz zweryfikowany pod kątem jego użyteczności i kompatybilności z innymi systemami informacyjnymi, w tym systemem finansowo-księgowym. A na koniec został wdrożony system informatyczny wspomagający system budżetowania. Zlecenie zostało rozliczone, wdrożeniowcy otrzymali świetne referencje. I co? I nic! A dlaczego?

⁶ Szerzej o zakresie analizy systemu informacyjnego na potrzeby wdrożenia budżetowania traktuje m.in. R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 305–309.

Od początku wdrożenia miał w nim uczestniczyć pracownik, który docelowo miał zajmować się systemem budżetowania w szpitalu. Najlepiej, aby był przy tym obecny od początku. Dzięki temu zobaczyłby co w projektowanym systemie budżetowania szwankuje, poznałby szpital, jego problemy, „wąskie gardła” w planowaniu i kontrolowaniu jego działalności, poznał też poszczególnych ordynatorów, kierowników wyodrębnionych zakładów czy też pracowni medycznych. W zamierzeniu miał być przygotowany do płynnego przyjęcia systemu budżetowania po jego wdrożeniu. Niestety – system został wdrożony, a pracownika nie było. Dopiero po długim czasie taki pracownik został przyjęty do pracy, ale to było już trochę za późno, gdyż już wtedy wszyscy zapomnieli o czymś takim jak budżet, czyli plan działalności szpitala. Stąd też w podmiocie leczniczym musi być wyznaczony pracownik, który będzie odpowiadał za system budżetowania. W przeciwnym przypadku można zapomnieć o wdrożeniu systemu budżetowania, gdyż zarządzający podmiotem leczniczym nie będą z niego mieli żadnego pożytku. Środki zainwestowane w ten system okażą się tylko stratą⁷.

W rozważaniach o istocie budżetowania nie można pominąć celów, dla których wdraża się budżetowanie w podmiotach leczniczych. Podstawowe cele, które może osiągnąć zarząd podmiotu leczniczego poprzez budżetowanie, to:

- umożliwienie realizacji przyjętej strategii działalności podmiotu leczniczego;
- pomoc w planowaniu i organizacji pracy;
- planowanie zaangażowania i zużycia zasobów materiałowych, ludzkich, finansowych i niematerialnych;
- zapewnienie koordynacji działań różnych jednostek organizacyjnych;
- umożliwienie poznania poziomu wpływów i przychodów na etapie planu;
- umożliwienie poznania poziomu wydatków i kosztów na etapie planu, a nie w momencie ich poniesienia;
- motywowanie kadry zarządzającej i pracowników do efektywnego i racjonalnego działania;

⁷ Dysfunkcje budżetowania w różnych podmiotach są przedmiotem prac m.in. R. Kotapski, *Budżetowanie a organizacja*, „Controlling i Zarządzanie” 2017, nr 4 (18), s. 37–38; J. Nesterak, *Controlling zarządczy. Projektowanie i wdrażanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 112–120.

- kontrolowanie poziomu planowanych i ponoszonych kosztów realizacji usług i działalności podmiotu leczniczego;
- obniżenie poziomu ryzyka i niepewności działalności podmiotu leczniczego;
- poznanie kosztu procedury medycznej;
- ułatwienie negocjacji cen usług z Narodowym Funduszem Zdrowia (jeśli jest w ogóle taka możliwość);
- poprawienie komunikacji z płatnikami, np. z Narodowym Funduszem Zdrowia, władzami województwa, powiatu, gminy;
- racjonalne zarządzanie zasobami podmiotu leczniczego;
- monitorowanie działalności podmiotu leczniczego;
- pomoc w ocenie pracy pracowników.

Przedstawione powyżej cele nie różnią się zbyt wiele od ogólnych celów, które można osiągnąć poprzez wdrożenie budżetowania w różnych podmiotach⁸. W niniejszej pracy zostały one dostosowane do podmiotów leczniczych.

Poznanie całkowitych kosztów leczenia pacjenta w szpitalu wbrew pozorom nie jest sprawą prostą. Dojście do celu wymaga jednak znajomości poszczególnych elementów całego „łańcucha” kosztów. Dotyczą one kosztów pobytu pacjenta na izbie przyjęć, następnie na oddziale szpitalnym, kosztów usług pracowni diagnostycznych, np. USG, RTG, EEG, kosztów operacji pacjenta czy też kalkulacji i ustalenia kosztów jednostkowych wykorzystania zasobów np. bloku operacyjnego. Poznanie tych wszystkich grup kosztów i ich składowych wymaga wyodrębnienia ośrodków odpowiedzialności oraz istotnych z punktu widzenia zarządzania miejsc powstawania kosztów. Z kolei następną rzeczą jest opracowanie i wdrożenie budżetów w podmiocie leczniczym.

⁸ Cele budżetowania zostały opracowane w pracach m.in.: M. Chalastra, R. Kotapski, *A budget in a district healthcare centre* [w:] *Knowledge for market use 2017: People in economics – decisions, behavior and normative models*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2017, s. 970; R. Kotapski, *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Kompendium wiedzy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2006, s. 16; *idem*, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 42–43; M. Ossowski, *Budżetowanie*, Wyższa Szkoła Finansów i Rachunkowości, Sopot 2005, s. 18–20.

1.2. Budżet operacyjny podmiotu leczniczego

Budżetowanie jest elementem zarządzania, który umożliwia sprawne wyznaczenie zadań niższemu szczeblom organizacji i lepszą koordynację działań pomiędzy jednostkami organizacyjnymi. Budżetowanie przerywa często spotykany „krąg niemożności” wynikający ze zbyt ogólnikowych planów, słabej informacji i niedookreślonej odpowiedzialności za wyniki.

Podstawą sporządzenia budżetu są cele do osiągnięcia, które wyznacza zarząd lub właściciel. Cele te muszą być z góry zdefiniowane. Budżet jest tylko narzędziem operacyjnym, które służy do realizacji celów i zadań zawartych w strategii działalności organizacji. Wdrożenie systemu budżetowania może pozwolić lepiej zarządzać podmiotem leczniczym. Budżetowanie ma usprawnić proces zarządzania, a szczególnie ułatwić proces podejmowania decyzji przez zarządzających oraz realizację postawionych zadań.

W dalszej części przedstawiono przykładowe układy budżetów operacyjnych podmiotów leczniczych, w tym autorskich wdrożeń⁹.

Przykład 1. Budżet operacyjny szpitala onkologicznego

W jednym ze **szpitali onkologicznych** został opracowany i wdrożony system budżetowania. Podstawą jego wdrożenia była wcześniej przygotowana koncepcja systemu budżetowania szpitala. Elementami tej koncepcji były:

- wyodrębnione obszary odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów,
- opis budżetu głównego i budżetów cząstkowych,
- założenia systemu kontroli budżetowej szpitala,
- organizacyjne aspekty funkcjonowania systemu budżetowania w szpitalu.

⁹ Inne przykłady budżetów podmiotów leczniczych zostały przedstawione m.in. w pracach: W. Janik, *Budżetowanie jako metoda zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu” 2006, nr 1103, s. 168; B. Jędrzejak, *Instrukcja budżetowa jako istotne narzędzie wdrożenia i standaryzacji procedur budżetowania w ZOZ*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2009, nr 19, s. 140; M. Kowalewski, *Planowanie w komercyjnej firmie medycznej* [w:] *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 112; *Strategia...*, red. J. Stępniewski, s. 230; G.K. Świdarska, M. Pielaszek, *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 202.

Dzięki opracowaniu jednej spójnej koncepcji systemu budżetowania było możliwe zweryfikowanie oczekiwań dyrekcji szpitala. Jest to istotny moment w każdym wdrożeniu budżetowania w jakiejkolwiek organizacji. Nie tylko w podmiocie leczniczym. Bowiem na tym etapie można zobaczyć elementy całego systemu budżetowania. W czasie opracowania poszczególnych budżetów częściowych wprowadzano drobne zmiany. Niemniej sama koncepcja nadała kierunek struktury całego systemu budżetowania szpitala.

Budżet operacyjny szpitala onkologicznego uwzględnia istotne ośrodki odpowiedzialności, miejsca powstawania kosztów i procesy oraz system kontroli budżetowej. Budżet operacyjny szpitala uwzględnia budżety częściowe:

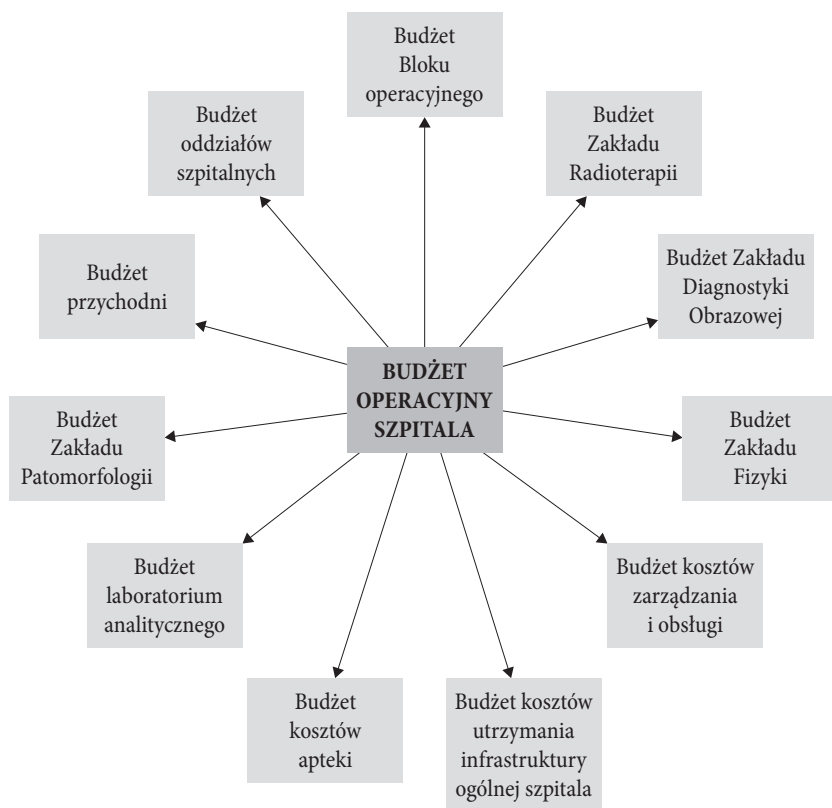
- oddziałów szpitalnych,
- przychodni specjalistycznych,
- komórek organizacyjnych,
- infrastruktury leczniczej, np. sal operacyjnych, sprzętu, tj. np. tomografu,
- infrastruktury ogólnej, tj. np. poszczególnych budynków,
- istotne procesy wpływające na funkcjonowanie szpitala.

Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala przedstawia rysunek 4.

Dla każdego budżetu opracowana została instrukcja sporządzania budżetu¹⁰. Zawartość instrukcji określa:

- cel sporządzania budżetu;
- wymogi formalne, tj. dostęp pracowników do budżetu, odpowiedzialność za opracowanie i weryfikację budżetu;
- terminy związane z procesem budżetowania;
- konstrukcje budżetu, w tym schemat ideowy budżetu;
- opis poszczególnych formularzy, które składają się na dany budżet;
- definicję pojęć zawartych w budżetach;
- zasady kalkulacji kosztów w ramach poszczególnych miejsc powstawania kosztów.

¹⁰ Szerzej na temat tworzenia instrukcji budżetowej traktują prace m.in. R. Kotapski, *Księga budżetowa jako przewodnik...*, s. 41–45; M. Talarska, *Pojęcie instrukcji budżetowej...*, s. 138–143.



Rysunek 4. Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala onkologicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie instrukcji sporządzania budżetów. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

Opracowano też system zarządzania budżetem z wykorzystaniem narzędzia informatycznego klasy Business Intelligence PROPHIX oraz zdefiniowano zadania specjalisty ds. controllingu. Opracowano również rachunki wyników na potrzeby zarządzania szpitalem i układ raportu z wykonania budżetu dla dyrekcji szpitala. Elementem tego etapu było również opracowanie zakładowego planu kont (zespołu 5 *Koszty według typów działalności i ich rozliczenie* oraz zespołu 7 *Przychody i koszty związane z ich osiągnięciem*) wraz z instrukcją, która stanowi element polityki rachunkowości szpitala.

Przykład 2. Budżet operacyjny powiatowego centrum zdrowia

Kolejnym autorskim przykładem opracowania **systemu budżetowania** dla podmiotu leczniczego jest jedno z **powiatowych centrów zdrowia**. Tworzą go: szpital, przychodnia specjalistyczna, przychodnie rejonowe, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy. Z uwagi na otoczenie prawno-gospodarcze jest ono spółką z ograniczoną odpowiedzialnością i realizuje zadania publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Centrum jest własnością powiatu i finansowane jest głównie ze środków publicznych, tj. kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dotacji przyznawanych na realizowane zadania, np. kształcenie lekarzy, realizację programów profilaktycznych, medycyny szkolnej. Dotacje otrzymywane są od Ministerstwa Zdrowia, ze środków budżetu powiatu lub też pozyskiwane ze środków unijnych.

Konstrukcja budżetu kosztów musi uwzględniać poszczególne obszary działalności powiatowego centrum zdrowia, jego jednostki organizacyjne i ich koszty. Budżet kosztów powiatowego centrum zdrowia przedstawia koszty najważniejszych obszarów jego działalności z punktu widzenia zarządzania oraz ponoszonych kosztów. Przede wszystkim wydziela się koszty szpitala, przychodni, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, odrębnych zadań do realizacji, ale też koszty utrzymania zasobów. Dotyczą one całości działalności centrum. Wśród nich są koszty utrzymania infrastruktury ogólnej, utrzymania samochodów czy też koszty ogólne działalności centrum. Taki podział pozwala na lepsze planowanie i kontrolę kosztów działalności podmiotu. Poza tym zarządzający w przejrzysty sposób mogą przedstawić właścicielom koszty jego funkcjonowania.

Każdy z wyodrębnionych obszarów działalności powiatowego centrum zdrowia ma swój indywidualny budżet. W omawianym przypadku wyodrębniono 17 budżetów częściowych oraz budżet operacyjny powiatowego centrum zdrowia. Przykładowo na budżet kosztów szpitala składają się koszty poszczególnych oddziałów szpitalnych (6 oddziałów), izby przyjęć, bloku operacyjnego, specjalistycznych pracowni diagnostycznych, utrzymania apteki, sterylizatorni, tlenowni, kotłowni czy też kosztów funkcjonowania kuchni. Koszty te uwzględniają różne procesy. Koszty funkcjonowania oddziału szpitalnego uwzględniają koszty: leczenia pacjentów, pobytu pacjenta na oddziale, zasobów ludzkich (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci i inni), utrzymania aparatury medycznej oraz koszty ogólne działalności oddziału.

Natomiast w przypadku przychodni zdrowia w budżecie wyodrębniono koszty: zasobów ludzkich (lekarze, pielęgniarki), utrzymania gabinetów lekarskich, utrzymania gabinetów zabiegowych i specjalistycznych, np. ginekologii i położnictwa czy okulistycznego, pracowni USG, rejestracji pacjentów, utrzymania budynku oraz koszty ogólne działalności przychodni. Zatem i tu koszty wyodrębniono pod kątem istotnych procesów i ich istotności w całokształcie działalności przychodni, a także pod kątem rozliczeń z płatnikiem usług, tj. Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednym z zakresów działalności powiatowego centrum zdrowia są usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Z jednej strony wymagają one całodobowej opieki pacjentów, ale z drugiej także ich rehabilitacji. W ramach centrum wyodrębniony jest budżet kosztów zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego. W zakresie jego budżetu wyodrębniono koszty: leczenia pacjentów, pobytu pacjentów, gabinetu zabiegowego, aparatury medycznej, zasobów ludzkich (lekarze, pielęgniarki, psychologzy, fizjoterapeuci, opiekunowie), funkcjonowania kuchni, utrzymania budynków oraz koszty ogólne działalności zakładu. Podział taki jest istotny ze względu na to, że część kosztów pobytu, w tym wyżywienia ponoszą pacjenci. Stąd też ważne jest wyodrębnienie tych kosztów.

W przypadku kosztów programów profilaktycznych wyodrębnia się w budżecie koszty każdego realizowanego programu. Dla każdego programu indywidulanie planuje się i kontroluje koszty. Wynika to z tego, że najczęściej zlecający zadanie wymaga przedstawienia kosztów ich realizacji. Natomiast bez znajomości ich kosztów trudno przedstawić wynik realizacji zadania i jego rentowności dla powiatowego centrum zdrowia. W tabeli 38 został przedstawiony wykaz elementów systemu budżetowania powiatowego centrum zdrowia.

Same tabele budżetowe nie wystarczą do sprawnego funkcjonowania systemu budżetowania. Dla każdego budżetu opracowana została instrukcja jego sporządzenia. Instrukcja ta zawiera m.in. cele budżetowania, wymogi formalne, w tym kto ma sporządzić i zweryfikować budżet, harmonogram procesu budżetowania, opis i zakres poszczególnych formularzy oraz załączniki. Jest to bardzo ważne z punktu widzenia funkcjonowania systemu budżetowania, a także zarządzania samym centrum. Opracowanie takich instrukcji pozwala uporządkować i usystematyzować wiedzę w zakresie kosztów działalności powiatowego centrum zdrowia. Tym samym wszyscy

zaangażowani pracownicy w budżetowanie stosują te same definicje pojęć i procesów oraz kosztów. Ponadto w przypadku odejść pracowników pozwala na stosunkowo szybkie przejęcie obowiązków w tym zakresie przez innego pracownika.

Tabela 38. Wykaz elementów systemu budżetowania w powiatowym centrum zdrowia

Lp.	Nazwa dokumentu	Symbol
1	Budżet operacyjny spółki	BS
2	Budżet kosztów rodzajowych	S
3	Budżet kosztów utrzymania sprzętu i aparatury medycznej	BKSAM
4	Budżet działalności szpitalnej	BDS
5	Budżet oddziału szpitalnego	BOS
6	Budżet pracowni diagnostycznych szpitala	BPS
7	Budżet pracowni endoskopii	BPE
8	Budżet kosztów bloku operacyjnego	BKBO
9	Budżet kosztów działalności apteki	BKA
10	Budżet kosztów jednostek pomocniczych szpitala	BKJP
11	Budżet Przychodni Rejonowej 1	BPŚ
12	Budżet Przychodni Rejonowej 2	BPRO
13	Budżet Przychodni Specjalistycznej	BPSO
14	Budżet gabinetów medycyny szkolnej	BMS
15	Budżet profilaktycznych programów zdrowotnych	BRPP
16	Budżet zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego	BZPOJ
17	Budżet kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej	BKIO
18	Budżet kosztów zarządzania i obsługi spółki	BZ
19	Instrukcja kalkulacji kosztów operacji	KO
20	Instrukcja kalkulacji kosztów usług pracowni diagnostycznej	KBD
21	Raport controllera	–
22	Zakładowy plan kont – zespół 4 <i>Koszty rodzajowe i ich rozliczenie</i> , zespół 5 <i>Koszty według rodzajów działalności</i> , zespół 7 <i>Przychody i koszty z nimi związane</i>	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji wdrożenia. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

Te same zakresy kosztów, które zostały zdefiniowane w instrukcjach budżetowych, są również stosowane w zakładowym planie kont. Zakładowy plan kont zarówno w zakresie kosztów, jak i przychodów musi być spójny z budżetami. Inaczej system budżetowania nie działałby sprawnie, zwłaszcza przy wdrożeniu systemu informatycznego wspomagającego system budżetowania. System informatyczny znacznie poprawia funkcjonowanie budżetowania i wydobywa z niego więcej użytecznych informacji, a przede wszystkim obniża koszty jego funkcjonowania¹¹.

Wdrożenie systemu budżetowania może wpłynąć ożywczo na zainteresowanie się kosztami działalności podmiotu leczniczego, a także jego wynikami. Wpływa również na zmiany w eksploatowanych systemach informacyjnych zarządzania, zwłaszcza w ewidencji przychodów i kosztów dotyczących jego działalności. Również inaczej patrzy się na wykorzystanie zasobów niematerialnych, materialnych, rzeczowych, ludzkich i tym samym finansowych.

Trudno od kadry zarządzającej publicznego szpitala oczekiwać, że ma osiągać zyski. W swojej misji publiczny szpital, jak każdy inny podmiot leczniczy, ma przede wszystkim ratować życie ludzkie. Wszak zdrowie pacjenta jest najważniejsze. Nie oznacza to jednak, że nie będzie świadomości ponoszonych kosztów i wykorzystania jednak często publicznych zasobów. Decyzje będą podejmowane przez podmioty odpowiadające za służbę zdrowia takie jak rząd, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy. Jednak muszą być oparte o rzeczywistą informację o kosztach usług medycznych i ich porównywalności, a wdrożenie systemów budżetowania na pewno tę wiedzę pozwala rzetelnie zdobyć¹².

¹¹ Zob. M. Chalastra, R. Kotapski, *A budget in a district...*, s. 969–974.

¹² R. Kotapski, *Implementing a hospital budget as an element of changes in its management*, „Economics” 2013, vol. 92 (3), Supplement A, s. 273–276.

1.3. Ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów w podmiotach leczniczych

Wdrożenie systemów budżetowania i controllingu wymaga wyodrębnienia ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów. Dzięki temu procesowi można poznać precyzyjnie specyfikę działalności podmiotu oraz zaobserwować przepływ zasobów. Pozwala to też w konsekwencji poprawić zarządzanie podmiotem leczniczym.

W przypadku podmiotów leczniczych podział na ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów został w praktyce zdeterminowany rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹³, które już nie obowiązuje, ale pewien sposób myślenia jednak pozostał.

W publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wyodrębnia się miejsca powstawania kosztów lub wyodrębniony zakres działalności – ośrodki kosztów. Przez miejsce powstawania kosztów rozumie się wyodrębnione w strukturze organizacyjnej zakładu komórki organizacyjne, kilka komórek organizacyjnych lub część komórki organizacyjnej. Z kolei ośrodki kosztów podzielono na trzy grupy:

- ośrodki kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – ośrodki kosztów działalności podstawowej;
- ośrodki kosztów związanych z wykonywaniem działalności wspomagającej działalność podstawową – ośrodki kosztów działalności pomocniczej;
- ośrodek kosztów związanych z zarządzaniem zakładem jako całością – ośrodki kosztów zarządu.

Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów ustala kierownik zakładu, biorąc pod uwagę następujące nośniki kosztów:

- w ośrodkach kosztów działalności podstawowej będących oddziałami szpitalnymi – osobodzień opieki oraz pacjent z przypisanymi na jego rzecz lekami i procedurami medycznymi,

¹³ Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

- w pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej – procedury medyczne,
- w ośrodkach kosztów działalności pomocniczej – usługi świadczone przez te ośrodki.

Taki układ miał swoje przełożenie m.in. na ewidencję kosztów działalności podmiotu leczniczego.

W praktyce szpitali na potrzeby ujmowania kosztów na podstawie przedstawionego rozporządzenia¹⁴ najczęściej wyodrębniano miejsca powstawania kosztów. Zazwyczaj ograniczano się do wyodrębnienia kosztów:

- poszczególnych oddziałów szpitalnych,
- bloku operacyjnego,
- poradni,
- zakładu diagnostyki obrazowej,
- laboratorium,
- apteki,
- działalności pomocniczej,
- ogólnego zarządu.

Taki podział wystarczał do wywiązania się z obowiązków sprawozdawczych i ujmowania kosztów zgodnie ze wskazanym rozporządzeniem w zakresie ewidencji kosztów. Niemniej już do planowania i kontroli czy też kalkulacji kosztów pacjenta lub usług np. w zakresie badań diagnostycznych oraz zarządzania zasobami szpitala nie był już odpowiedni.

W konsekwencji ewidencja kosztów działalności podmiotu leczniczego czy też układ budżetów były niejako powieleniem układu z tego rozporządzenia. Taki podział był jednak zbyt ogólny z punktu widzenia wdrożenia

¹⁴ Szerzej problem ujmowania kosztów szpitala omawiają w swoich pracach np.: A. Bryła, *Dobór modelu rachunku kosztów usług medycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 182, s. 55–58; R. Kotapski, *Identyfikacja kosztów działalności szpitala i ich ewidencja na przykładach szpitali publicznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 70, s. 17–19; *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, ODDK, Gdańsk 2008, s. 430–438; *Wzorcowy plan kont dla Zakładów Opieki Zdrowotnej – ewidencja kosztów w systemie finansowo-księgowym*, red. G.K. Świdarska, SGH, Warszawa 2011.

budżetowania i controllingu oraz kalkulacji kosztów leczenia pacjenta w podmiotach leczniczych, nie mówiąc o zarządzaniu tego typu podmiotami leczniczymi. Niemniej była to próba wdrożenia elementów rachunkowości zarządczej w tego typu podmiotach. Jednak wdrożenie systemów budżetowania i controllingu spowodowało, że ten proces należało pogłębić i inaczej podejść do wydzielania ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów.

Wydzielenie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów w podmiocie leczniczym, np. w szpitalu, przychodni czy też zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie jest zadaniem prostym. Wymaga zaangażowania oraz wiedzy o funkcjonowaniu podmiotu. Powinno temu towarzyszyć poznanie¹⁵:

- specyfiki działalności podmiotu leczniczego,
- potencjału i możliwości podmiotu leczniczego,
- organizacji pracy podmiotu leczniczego, zwłaszcza zależności wynikających ze stosowanych technologii w leczeniu pacjentów,
- zachodzących procesów,
- regulaminu organizacyjnego, który obowiązuje w podmiocie leczniczym,
- regulaminu i stosowanych zasad wynagradzania pracowników, a zwłaszcza kierowników wydzielonych ośrodków odpowiedzialności,
- mechanizmów kształtowania ponoszonych kosztów,
- zasobów kadrowych i sprzętowych,
- podatności pracowników na wprowadzane zmiany.

Wyodrębnienie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów ma na celu m.in. poprawienie efektywności gospodarowania zasobami podmiotu, usprawnienie jego działania, obniżenie kosztów, zwiększenie rentowności usług.

¹⁵ Szerzej o wyodrębnianiu ośrodków odpowiedzialności w pracach m.in. J. Gierusz, M. Cygańska, *Budżetowanie kosztów działań w szpitalu*, ODDK, Gdańsk 2009, s. 25–27; A. Kardasz, R. Kotapski, A. Szczeciński, *Istota i monitorowanie ośrodków odpowiedzialności za koszty*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2000, nr 9, s. 19; R. Kotapski, *Ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów w podmiotach leczniczych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 424, s. 130–139; R. Kotapski, R. Kowalak, G. Lew, *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Kompendium wiedzy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2020, s. 249–257.

Wyodrębnienie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów podmiotu leczniczego ma wbrew pozorom duże znaczenie. Podział ten jest punktem wyjścia do opracowania zakładowego planu kont w zakresie kosztów działalności podmiotu leczniczego, opracowania systemu budżetowania czy też controllingu. W dalszej części przedstawiono studia przypadków dla szpitala i przychodni rejonowej¹⁶.

Przykład 3. Wyodrębnianie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów w szpitalu

Cele wyodrębnienia ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów (mpk) są różne. W tym szpitalu były to trzy zasadnicze cele: pierwszy to opracowanie i wdrożenie systemu budżetowania; drugi – bezpośrednio z nim związany – to zmiana i dostosowanie zakładowego planu kont na potrzeby budżetowania; trzeci, główny cel, to opracowanie zasad kalkulacji kosztów usług i docelowo ustalenie kosztów leczenia pacjenta.

Oddział szpitalny to jeden z głównych ośrodków odpowiedzialności za wynik w każdym szpitalu. W zależności od wielkości i specjalizacji szpitala liczba tych oddziałów jest różna. Niemniej można wyróżnić następujące procesy dotyczące działalności oddziału szpitalnego: leczenie pacjentów, pobyt pacjenta na oddziale, utrzymanie zasobów ludzkich (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, personel pomocniczy i administracyjny), utrzymanie sprzętu i aparatury medycznej. Stąd też można wyróżnić następujące miejsca powstawania kosztów na oddziale: koszty leczenia pacjenta, koszty pobytu pacjenta na oddziale, koszty zasobów ludzkich, koszty funkcjonowania sprzętu i aparatury medycznej, koszty funkcjonowania gabinetu zabiegowego, koszty ogólne oddziału szpitalnego¹⁷. Z punktu widzenia działalności oddziału szpitalnego jest to sześć głównych miejsc powstawania kosztów. Natomiast w dalszej części te grupy kosztów są podstawą do stworzenia zasad kalkulacji kosztów leczenia pacjenta.

¹⁶ Opracowano na podstawie autorskich wdrożeń systemów budżetowania w szpitalu onkologicznym i jednym z powiatowych centrów zdrowia. Materiały wykorzystano za zgodą MARINA Sp. z o.o.

¹⁷ W pracy R. Kotapski, *Identyfikacja kosztów...*, s. 59–67 oraz w dalszej części książki w rozdziale 2 scharakteryzowano wymienione grupy kosztów.

Podobne miejsca powstawania kosztów można wyodrębnić w **izbie przyjęć szpitala**. Może ona być także wyposażona np. w stanowisko EKG.

Szpital na swoim wyposażeniu posiada **blok operacyjny** oraz **specjalistyczne pracownie diagnostyczne**.

W ramach **bloku operacyjnego** należy wyodrębnić następujące procesy: utrzymanie sprzętu i aparatury medycznej, zatrudnienie kadry medycznej, utrzymanie bloku operacyjnego, m.in. obok utrzymania standardowej czystości także dezynfekcja, sterylizacja itp. Dla niektórych większych bloków operacyjnych można odrębnie wyróżniać sale operacyjne, które wchodzi w jego skład. Blok operacyjny musi być przygotowany do operacji pacjenta. Stąd można wyodrębnić następujące grupy kosztów: koszty operacji pacjenta, koszty zasobów ludzkich – pielęgniarek instrumentariuszek, koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, która jest na wyposażeniu bloku, utrzymanie czystości i sterylności bloku¹⁸. Te grupy kosztów to istotne miejsca powstawania kosztów, które charakteryzują utrzymanie i funkcjonowanie bloków operacyjnych. Koszty te stanowią z jednej strony podstawę planowania i kontroli jego kosztów działalności, a z drugiej stanowią podstawę do określenia zasad kalkulacji kosztów operacji pacjenta. Jedną z pozycji kosztów operacji pacjenta¹⁹ są koszty wykorzystania bloku operacyjnego podczas jego operacji.

W ramach szpitala funkcjonują **pracownie diagnostyczne**, np. RTG, USG, EEG, endoskopii. Część z tych pracowni pracuje bezpośrednio na rzecz oddziałów szpitalnych, a niektóre z nich przyjmują także pacjentów z zewnątrz na badania ze skierowania, np. z przychodni. Różna może być także organizacja obszaru badań diagnostycznych. W opisywanym podmiocie był wyodrębniony zakład diagnostyki, gdzie w jego skład wchodziły pracownie RTG, USG. Dla pacjentów z zewnątrz była też odrębna rejestracja na badania. Natomiast pracownia endoskopii podlegała bezpośrednio ordynatorowi oddziału chorób wewnętrznych. Realizacja badania przez pracownię wymaga dostarczenia niezbędnych materiałów do jego przeprowadzenia, utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, utrzymania kadry medycznej

¹⁸ Szerzej w pracy R. Kotapski, *Koszty utrzymania i eksploatacji bloku operacyjnego w szpitalu a koszty operacji pacjenta*, „Controlling i Zarządzanie” 2015, nr 4, s. 40–41.

¹⁹ Szerzej w pracy R. Kotapski, *Kalkulacja kosztów operacji pacjenta*, „Controlling i Zarządzanie” 2015, nr 5, s. 33–36.

(lekarze, pielęgniarki, technicy) oraz utrzymania pracowni diagnostycznych. Stąd też można wyróżnić najogólniej koszty przeprowadzenia badania diagnostycznego, koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, która jest na wyposażeniu pracowni diagnostycznej, koszty zasobów ludzkich, koszty rejestracji pacjentów oraz koszty ogólne działalności pracowni.

Szpital lub przychodnia realizują na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy też powiatu **programy medyczne**. Dotyczą one różnych aspektów zdrowotnych. Mogą to być programy dotyczące np. profilaktyki badania piersi, odżywiania się. Każdy z tych programów angażuje zasoby szpitala lub przychodni. Stąd każde takie zlecenie powinno być poddane kalkulacji kosztów, a potem rozliczone.

Obok powyższych wyodrębnionych miejsc powstawania kosztów można wydzielić inne szczególne obszary działalności szpitala. Do nich należy zaliczyć m.in. **aptekę, tlenownię, sterylizatornię, pralnię**. Na wyposażeniu szpitala są również **samochody**. Trzeba także wyodrębnić **infrastrukturę ogólną**, tj. budynek czy utrzymanie i zabezpieczenie terenu szpitala.

W strukturze organizacyjnej należy też wyodrębnić obszary dotyczące **zarządzania szpitalem**. Dotyczą one zarządzania jednostką, rozliczeń, kadr itp. Przykład ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów szpitala przedstawia tabela 39.

Tabela 39. Ośrodki odpowiedzialności za koszty i miejsca powstawania kosztów szpitala

Ośrodki odpowiedzialności za koszty	Miejsce powstawania kosztów
Oddział szpitalny (Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Oddział Pediatriczny, Oddział Położnictwa i Ginekologii, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej)	– leczenie pacjentów – pobyt pacjenta na oddziale – zasoby ludzkie – sprzęt i aparatura medyczna – utrzymanie oddziału – gabinet zabiegowy – obsługa oddziału – zarządzanie oddziałem
Izba przyjęć	– realizacja leczenia – utrzymanie urządzeń i sprzętu medycznego – zasoby ludzkie – pracownia EKG – rejestracja pacjentów – utrzymanie Izby przyjęć

Ośrodki odpowiedzialności za koszty	Miejsce powstawania kosztów
Blok operacyjny	– operacja pacjenta – sale operacyjne – utrzymanie urządzeń i sprzętu medycznego – zasoby ludzkie – instrumentariuszki – utrzymanie bloku operacyjnego
Pracownie diagnostyczne (RTG, USG, Endoskopii, Serologii, Fizykoterapii, EEG)	– realizacja usług medycznych – utrzymanie urządzeń i sprzętu medycznego – rejestracja pacjentów – zasoby ludzkie – zarządzanie pracownikami – utrzymanie pracowni
Programy medyczne	– zlecenie np. profilaktyka raka piersi – program np. zdrowy styl odżywiania – kampanie realizowane na zlecenie np. powiatu
Jednostki wspomagające	– apteka – tlenownia – sterylizatornia – kuchnia – pralnia
Transport usługowy	– karetka – samochód osobowy
Infrastruktura ogólna	– budynki – kotłownia – utrzymanie dróg wewnętrznych, parkingów, terenów zielonych, chodników
Zarządzanie i Administracja Szpitala	– Zarząd Szpitala – Dział Administracyjno-Gospodarczy – Dział Służb Pracowniczych – Dział Rozliczeń i Sprzedaży – Dział Zamówień Publicznych – Dział finansowo-księgowy – Dział IT – Samodzielne stanowiska

Źródło: R. Kotapski, *Ośrodki odpowiedzialności...*, s. 137.

Przykład 4. Wyodrębnianie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów w przychodni rejonowej

W ramach jednego z powiatowych centrum zdrowia w jego strukturze organizacyjnej znajdowały się m.in. dwie przychodnie rejonowe. W tych jednostkach również należy wyodrębnić ośrodki odpowiedzialności za koszty i miejsca

powstawania kosztów. Liczba wyodrębnionych ośrodków i miejsc powstawania kosztów będzie zależeć w dużej mierze od ich zadań i obszaru działania.

W przypadku przychodni rejonowej można wyróżnić poradnię, gabinety zabiegowe, pracownię diagnostyczną, rejestrację pacjentów czy budynek. Przykładowe miejsca powstawania kosztów w omawianych przychodniach rejonowych przedstawia tabela 40. Należy przy tym zwrócić uwagę, że obie przychodnie mają zróżnicowane usługi. Stąd nie ma bezpośredniej powtarzalności podziału na miejsca powstawania kosztów. Dlatego też należy podejść indywidualnie do każdej wydzielonej jednostki organizacyjnej konkretnego podmiotu leczniczego.

Tabela 40. Wyodrębnione miejsca powstawania kosztów w przychodni rejonowej

Ośrodek odpowiedzialności za koszty	Miejsce powstawania kosztów
Przychodnia Rejonowa 1	– Poradnia ogólna – Poradnia dziecięca – Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – Transport sanitarny w POZ – Medycyna szkolna – Przychodnia stomatologiczna – Poradnia ginekologii i położnictwa – Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa – Pracownia RTG – Pracownia EKG – Gabinet zabiegowy – Rejestracja pacjentów – budynek – ochrona i zabezpieczenie terenu przychodni – zarządzanie przychodnią
Przychodnia Rejonowa 2	– Poradnia ogólna – Poradnia dziecięca – Poradnia zdrowia psychicznego – Poradnia leczenia odwykowego – Oddział dzienny terapii uzależnień od alkoholu – Przychodnia stomatologiczno-protetyczna – Gabinet zabiegowy – Rejestracja pacjentów – budynek – ochrona i zabezpieczenie terenu przychodni – zarządzanie przychodnią

Wyodrębnianie ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów w podmiotach leczniczych wymaga przede wszystkim znajomości ich funkcjonowania. Należy także określić cel tego przedsięwzięcia.

W przedstawionych studiach przypadków głównym celem było wdrożenie systemu budżetowania i docelowego systemu controllingu. Niebagatelnym czynnikiem było też opracowanie zasad kalkulacji kosztów leczenia pacjenta, kalkulacji kosztów operacji pacjenta oraz kosztów jednostkowych usług diagnostycznych takich jak RTG, USG, EEG. Ponadto należy dodać, że podział podmiotu leczniczego na ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów jest sprawą indywidualną²⁰. Nie może on jednak nie uwzględniać pewnej logiki jego działalności oraz potrzeb informacyjnych kadry zarządzającej.

²⁰ W pracach M. Chalastra, *Jak dostosować rachunek kosztów rzeczywistych do wymogów budżetowania w szpitalu*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2013, nr 12, s. 58–61; J. Gierusz, M. Cygańska, *Budżetowanie kosztów*, s. 117–120; P. Nowicki, P. Pobrotyn, J. Drobnik, P. Kollbek, P. Kotłowski, *Budżetowanie jako narzędzie wspomagające zarządzanie finansami w zakładzie opieki zdrowotnej* [w:] *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego*, t. 1, *Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing*, red. A. Drobnik, P. Kollbek, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006, s. 22–24; M. Talarska, *Ośrodki odpowiedzialności w procesie budżetowania w szpitalach publicznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 123, s. 521–529; M. Talarska, *Budżetowanie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 135, s. 141–143, zostały również przedstawione przykłady ośrodków odpowiedzialności w szpitalu publicznym.

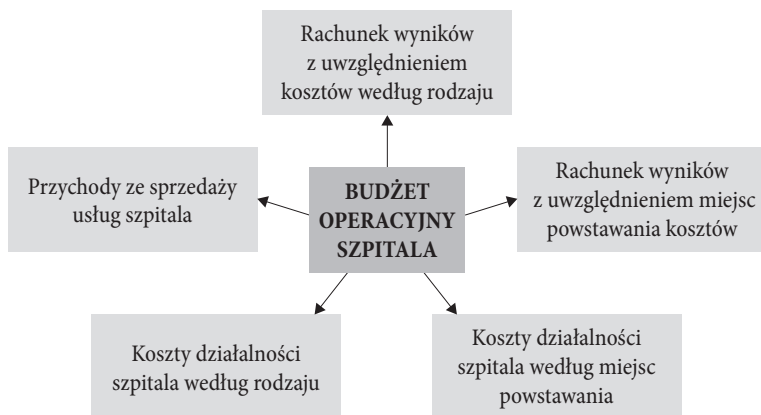
Rozdział 2

Budżet szpitala

2.1. Budżet operacyjny szpitala

Każdy podmiot musi planować wpływy i wydatki oraz przychody i koszty swojej działalności. Narzędziem, które może pomóc realizować te zadania w każdej organizacji jest budżet. Jednakże musi on być do niej dostosowany. W szczególności budżet ten musi uwzględniać wyodrębnione kluczowe ośrodki odpowiedzialności, procesy i istotne miejsca powstawania kosztów. W istocie musi być on tak zaprojektowany, aby z jednej strony odzwierciedlał działalność podmiotu, a z drugiej – odpowiadał kadrze zarządzającej.

Budżet operacyjny działalności szpitala składa się z kilku obszarów. Zalicza się do nich rachunek wyników, przychody z działalności szpitala, koszty jego działalności. Należy przy tym uwzględnić w budżecie koszty według rodzaju oraz koszty według ośrodków odpowiedzialności i istotnych miejsc powstawania kosztów. Opracowując formularze budżetu operacyjnego, należy wziąć pod uwagę z jednej strony jego elementy, a z drugiej strony – potrzeby informacyjne kadry zarządzającej. Wymaga to dobrej znajomości specyfiki działalności szpitala. Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala przedstawia rysunek 5.



Rysunek 5. Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala

Źródło: opracowanie własne.

Organizacja szpitala, jego wielkość czy też rodzaj świadczonych usług zdrowotnych wyznaczają w praktyce rodzaje osiąganych przychodów. Szpital może osiągać przychody przede wszystkim ze sprzedaży usług medycznych, jakimi są realizowane świadczenia zdrowotne zgodnie ze specjalizacją szpitala. Istotni z punktu widzenia osiąganych przychodów są kontrahenci. Najczęściej w przypadku szpitali publicznych jest to kontrakt podpisany z Narodowym Funduszem Zdrowia. Innymi pozycjami przychodów w tym zakresie są przychody z tytułu kształcenia lekarzy czy pielęgniarek. Niektóre szpitale podpisują także umowy na realizację świadczeń z zakładami pracy czy też towarzystwami ubezpieczeniowymi.

Szpital w swojej organizacji ma pracownie diagnostyczne i one mogą realizować badania na rzecz kontrahentów zewnętrznych. Warto w budżecie ująć przychody z uwzględnieniem każdej pracowni.

W ramach szpitala może funkcjonować również specjalistyczna przychodnia zdrowia, która realizuje świadczenia zdrowotne. Podział przychodów uwzględnia kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi kontrahentami.

Szpital wraz ze swoją przyszpitalną przychodnią może też realizować różne programy zdrowotne, które finansowane są przez różnych płatników. Obok Narodowego Funduszu zdrowia są to Ministerstwo Zdrowia, władze

powiatu czy też gminy. Są to programy dotyczące np. profilaktyki raka piersi, szczepień ochronnych, profilaktyki zdrowego odżywiania się. Z realizacją tych programów czy też działań profilaktycznych związane są przychody. Najczęściej podpisywane są oddzielne umowy w tym zakresie.

Odrębnym programem jest kształcenie lekarzy czy pielęgniarek oraz realizacja zadań przez pielęgniarki środowiskowe czy też obsługa gabinetów medycyny szkolnej. Szpitale otrzymują na ten cel odrębne środki. Dodatkowe przychody mogą być także otrzymywane z tytułu wynajmu powierzchni w budynkach szpitalnych np. na usługi gastronomiczne, aptekę czy punkt sprzedaży. Naturalnie nie jest to cała lista rodzajów osiąganých przychodów. Przykładowe zestawienie przychodów w budżecie operacyjnym szpitala przedstawia tabela 41.

Tabela 41. Przychody osiągnięte przez szpital ujęte w budżecie operacyjnym

Lp.	Pozycja przychodów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży usług medycznych szpitala						
1.1	Kontrakt NFZ						
1.2	Przychody z kształcenia						
1.3	Umowy z zakładami pracy						
1.4	Umowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi						
1.5	Usługi komercyjne – pozostałe						
2	Przychody z usług pracowni RTG						
2.1	Kontrakty z NFZ						
2.2	Inne zewnętrzne						
3	Przychody z usług pracowni USG						
3.1	Kontrakty z NFZ						
3.2	Inne zewnętrzne						

Lp.	Pozycja przychodów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
4	Przychody z usług pracowni EEG						
4.1	Kontrakty z NFZ						
4.2	Inne zewnętrzne						
5	Przychody z usług świadczonych przez przychodnię specjalistyczną						
5.1	Kontrakt NFZ						
5.2	Umowy z zakładami pracy						
5.3	Umowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi						
5.4	Usługi komercyjne – pozostałe						
6	Przychody z realizacji programów zdrowotnych						
7	Przychody z kształcenia kadry medycznej						
8	Przychody z działalności pielęgniarek środowiskowych						
9	Przychody z gabinetów medycyny szkolnej						
10	Przychody z tytułu wynajmu						
11	Przychody inne						
12	Razem przychody						
13	Przychody narastająco						
14	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione rodzaje przychodów w budżecie operacyjnym szpitala nie zawsze muszą być tak szczegółowo zestawione jak w tabeli 41. Szpital może bowiem otrzymywać środki finansowe w formie ryczałtu na jego działalność bez dzielenia ich np. na leczenie czy utrzymanie pracowni diagnostycznych. Niemniej można tę kwotę na potrzeby zarządzania szpitalem

rozbić na poszczególne rodzaje działalności, stosując z góry określone zasady, np. według liczby pacjentów przyjętych na oddziały, czy też uwzględnić liczbę pacjentów, u których realizowano badania przez konkretną pracownię diagnostyczną. Jest to jednak tylko i wyłącznie wewnętrzna sprawa zarządzających szpitalem.

Podstawowy budżet kosztów działalności szpitala będzie składać się z pozycji kosztów według rodzajów. Będzie on sumą tych pozycji zaciąganych z budżetów częściowych. Budżet kosztów rodzajowych przedstawia tabela 42.

Tabela 42. Koszty działalności szpitala z uwzględnieniem kosztów według rodzaju

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
3	Zużycie energii						
4	Usługi obce						
5	Wynagrodzenia						
6	Ubezpieczenia społeczne i narzuty						
7	Świadczenia na rzecz pracowników						
8	Podatki i opłaty						
9	Pozostałe koszty rodzajowe						
10	Razem koszty						
11	Koszty narastająco						
12	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawienie działalności szpitala, który pod względem organizacyjnym jest rozbudowany (m.in. posiada kilka oddziałów szpitalnych, pracownie diagnostyczne, laboratorium czy też specjalistyczną przychodnię zdrowia), według układu rodzajowego kosztów pokazuje tylko łączne koszty

działalności szpitala. Układ ten może być mniej lub bardziej rozbudowany. Najczęściej w ramach głównych pozycji kosztów rodzajowych dodatkowo wyodrębnia się główne pozycje kosztów, np. zużycia leków, zużycia energii elektrycznej, wynagrodzeń pracowników i pochodnych, usług obcych dotyczących świadczonych usług przez lekarzy i pielęgniarki, czy też inne pozycje istotne dla danej jednostki. Dane z budżetu kosztów rodzajowych są niezbędne do sporządzenia planowanego rachunku zysków i strat, który jest elementem budżetu finansowego szpitala. Niemniej dla potrzeb zarządzania szpitalem czy też innym podmiotem leczniczym jest on mało przydatny. Stąd też kolejnym elementem budżetu operacyjnego są koszty działalności szpitala z uwzględnieniem wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności za koszty i miejsc powstawania kosztów.

W zależności od wielkości i specjalizacji szpitala jego budżet kosztów będzie zróżnicowany. Musi on uwzględniać istotne ośrodki odpowiedzialności za koszty i miejsca powstawania kosztów. Będzie też pochodną jego struktury organizacyjnej oraz potrzeb informacyjnych zarządu szpitala. Generalnie w ramach budżetu kosztów szpitala można wyodrębnić następujące obszary kosztów:

- działalności oddziałów szpitalnych,
- działalności izby przyjęć,
- bloku operacyjnego,
- działalności pracowni diagnostycznych,
- pracowni endoskopii,
- działalności pomocniczej szpitala,
- działalności przychodni specjalistycznej,
- zleconych zadań i programów zdrowotnych,
- działalności pielęgniarek środowiskowych,
- działań marketingowych,
- utrzymania infrastruktury ogólnej,
- zarządzania i obsługi.

Przedstawione powyżej grupy kosztów będą zależeć również od potrzeb informacyjnych kadry zarządzającej szpitalem. Przykładowy budżet kosztów z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności i istotnych z punktu widzenia zarządzania miejsc powstawania kosztów przedstawia tabela 43.

Tabela 43. Budżet kosztów szpitala z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności

Lp.	Pozycja kosztów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty działalności oddziałów szpitalnych						
1.1	Koszty Oddziału Chirurgii Ogólnej						
1.2	Koszty Oddziału Chorób Wewnętrznych						
1.3	Koszty Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)						
1.4	Koszty Oddziału Pediatrycznego						
1.5	Koszty Oddziału Położnictwa i Ginekologii						
1.6	Koszty Oddziału Dziennego Onkologii (Chemioterapia)						
2	Koszty Izby Przyjęć						
3	Koszty bloku operacyjnego						
4	Koszty działalności pracowni diagnostycznych						
5	Koszty pracowni endoskopii						
6	Koszty działalności pomocniczej szpitala						
6.1	Koszty działalności apteki						
6.2	Koszty działalności laboratorium						
6.3	Koszty utrzymania tlenowni						
6.4	Koszty utrzymania sterylizatorni						
6.5	Koszty utrzymania pralni						
6.6	Koszty utrzymania kuchni szpitalnej						
6.7	Koszty działalności magazynu						

Lp.	Pozycja kosztów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
6.8	Koszty utrzymania samochodów						
7	Koszty działalności Przychodni Specjalistycznej (Szpital)						
8	Koszty gabinetów medycyny szkolnej						
9	Koszty realizacji programów zdrowotnych						
10	Koszty kształcenia kadry medycznej						
11	Koszty działań marketingowych						
12	Koszty utrzymania infrastruktury ogólnej						
13	Koszty zarządzania i obsługi						
14	Razem koszty						
15	Koszty narastająco						
16	Struktura %						

Źródło: R. Kotapski, *Budżet kosztów szpitala*, „Controlling i Zarządzanie” 2020, nr 2 (34), s. 11.

Przedstawiony w tabeli 43 budżet kosztów szpitala powinien być wynikiem przeprowadzonej analizy systemu informacyjnego zarządzania na potrzeby wdrożenia budżetowania oraz wcześniejszego wyodrębnienia istotnych ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów z punktu widzenia zarządzania i istotności kosztów jego działalności.

Podstawowym przedmiotem działalności szpitala jest leczenie, a najlepiej wyleczenie pacjentów. Stąd też najważniejszymi budżetami częściowymi są koszty oddziałów szpitalnych. Dla każdego oddziału szpitalnego musi być sporządzany odrębny budżet kosztów. Musi on uwzględniać koszty leczenia pacjentów, ich pobytu na oddziale szpitalnym, koszty zasobów ludzkich, koszty aparatury i sprzętu medycznego oraz koszty ogólne działalności oddziału.

Odrębne koszty w budżecie kosztów szpitala będzie stanowić izba przyjęć. Ma ona zbliżony układ kosztów działalności jak oddział szpitalny. Nie zawsze jednak pacjenci przechodzący przez izbę przyjęć pozostają w szpitalu. Mogą oni być wypisani do domu i nie trafić na oddział szpitalny. Niemniej koszty przyjęcia i przeprowadzenia badań pacjentowi zostaną poniesione. Sama zaś izba przyjęć również musi być wyposażona w sprzęt i aparaturę medyczną czy też stanowiska do badań pacjentów.

Szpital ma też na stanie blok operacyjny. Z tego tytułu ponoszone są koszty jego funkcjonowania. Dotyczą one kosztów bezpośrednich przeprowadzania operacji utrzymania sali bądź sal operacyjnych na odpowiednim poziomie technologicznym czy też sanitarnym, kosztów zatrudnienia pielęgniarek instrumentariuszek oraz kosztów administracyjnych.

Niemożliwe jest prowadzenie leczenia w szpitalu bez odpowiednio wyposażonych pracowni diagnostycznych np. USG, RTG, EEG, tomografu czy też pracowni endoskopii. Ich funkcjonowanie związane jest z kosztami ich utrzymania czy serwisowania oraz kosztami zasobów ludzkich, tj. lekarzami czy też technikami.

W ramach szpitala są również wydzielone jednostki specjalistyczne, które wspomagają leczenie pacjentów. Dotyczą one przede wszystkim apteki, laboratorium, tlenowni, sterylizatorni oraz pralni czy kuchni szpitalnej.

Działalność apteki wymusza poniesienia kosztów zatrudnienia farmaceutów, utrzymania aparatury do wytwarzania preparatów i leków recepturowych oraz całej pracowni. Natomiast działalność laboratorium wymaga poniesienia kosztów zatrudnienia laborantów, wyposażenia pracowni w różne urządzenia, bieżącego zakupu odczynników i chemikaliów.

Trudno też prowadzić operacje bez ponoszenia kosztów funkcjonowania tlenowni, której system wymaga odpowiedniej aparatury, aby dostarczyć tlen do bloku operacyjnego czy też na oddział szpitalny, gdzie leży pacjent. Również do badania pacjenta są potrzebne wysterylizowane narzędzia, którymi posługują się lekarze, np. laryngolodzy. Do przeprowadzenia operacji chirurgom są niezbędne wysterylizowane narzędzia chirurgiczne. Stąd też jedną z jednostek wspomagających jest sterylizatornia, z którą są związane koszty jej wyposażenia w odpowiedni sprzęt oraz zatrudnienia pracowników.

Pacjenci, którzy są hospitalizowani, muszą się odżywiać według zaleceń lekarza. Stąd też niezbędnym wydzielonym miejscem w szpitalu jest kuchnia. Koszty z nią związane wymagają poniesienia kosztów na jej wyposażenie i zatrudnienie właściwego personelu oraz bieżącego ponoszenia kosztów produktów żywnościowych niezbędnych do przygotowania posiłków dla pacjentów.

Pralnia szpitalna również wymaga poniesienia kosztów zatrudnienia pracowników, utrzymania wyposażenia czy też zakupu bieżących środków niezbędnych do prania pościeli, ubrań pacjentów i personelu medycznego oraz ubrań roboczych personelu szpitala, np. mechaników, elektryków.

Niezbędnym elementem funkcjonowania szpitala są różne magazyny np. pościeli, środków czystości. Na ogół wiąże się to z kosztami ich wyposażenia i zatrudnienia pracowników.

Działalność szpitala obejmuje również transport. Najczęściej łączy się to z kosztami utrzymania samochodów do przewożenia pacjentów, np. do innych ośrodków w celu przeprowadzenia specjalistycznych badań, np. na tomografię, lub też służących do transportu np. żywności i załatwiania innych bieżących spraw szpitala.

Zazwyczaj w szpitalu działa specjalistyczna przychodnia, której celem jest kwalifikacja lub kontynuacja leczenia szpitalnego. W ramach **kosztów związanych z działalnością przychodni** można wyróżnić koszty poszczególnych poradni, w tym koszty zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, utrzymania gabinetów lekarskich i gabinetów zabiegowych, utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, zasobów ludzkich, w tym pracowników związanych z funkcjonowaniem przychodni, zarządzania i jej obsługi. W zależności od rozwiązań organizacyjnych szpitala może w nim być wyodrębniona rejestracja pacjentów do poradni. W przypadku gdy przychodnia znajduje się w odrębnym budynku należy uwzględnić koszty utrzymania budynku.

Szpital na zlecenie różnych instytucji, np. powiatu, gmin, Ministerstwa Zdrowia, realizuje **programy zdrowotne**. Mogą one dotyczyć np. profilaktyki raka piersi, fluoryzacji. Niektóre powiaty wraz z gminami zlecają szpitalom prowadzenie gabinetów medycyny szkolnej. Szpital ponosi tego koszty, ale jednocześnie ma z tego tytułu przychody z realizacji tych zadań. Innym takim zadaniem jest kształcenie lekarzy, którzy muszą odbyć obowiązkowy staż czy też staż specjalizacyjny.

Jak każdy podmiot działający na konkurencyjnym rynku szpital ponosi **koszty działań marketingowych**. Z jednej strony celem tych działań jest dotarcie do potencjalnych pacjentów, a z drugiej strony szpital może prowadzić różne akcje profilaktyczne związane z programami zdrowotnymi, np. zlecone przez różne instytucje.

Kolejna grupa kosztów działalności szpitala dotyczy **kosztów utrzymania infrastruktury**, w skład której wchodzi budynek, teren okalający budynek, drogi dojazdowe oraz koszty zarządzania i administrowania szpitalem. Dotyczą one jego zarządu, działów finansowo-księgowych, kadrowo-płacowych, administracyjnych, statystyki medycznej, informatyki, gospodarczego i innych.

Wymienione grupy kosztów składają się na poszczególne częściowe budżety kosztów. Są one odpowiednio i indywidualnie zbudowane. Uwzględniają koszty procesów czy też utrzymania zasobów szpitala. Natomiast nie uwzględnia się w nich kosztów wynikających z rozliczeń wewnętrznych. Koszty wynikające z usług wewnętrznych są uwzględnione w budżetach częściowych. Tym samym uwzględniają pełne koszty ich działalności. Zostały one opisane szczegółowo w dalszej części niniejszej pracy.

Budżet operacyjny działalności szpitala musi uwzględniać **rachunek wyników**. Może on uwzględniać koszty rodzajowe oraz koszty z uwzględnieniem wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności za koszty. Każdy z nich ma swoje zalety i wady.

Rachunek wyników z uwzględnieniem kosztów według rodzaju przedstawia tylko zagregowane pozycje przychodów i kosztów. Przedstawia ogólne trendy wyników szpitala. Niemniej dla potrzeb zarządzania szpitalem nie jest zbyt użyteczny wskutek zagregowanej informacji o kosztach jego działalności. Tak jak w przypadku budżetu kosztów według rodzaju w rachunku wyników również mogą być wyodrębnione istotne szczegółowe pozycje kosztów w ramach pozycji głównych. Przykład rachunku wyników działalności szpitala z uwzględnieniem kosztów według rodzaju przedstawia tabela 44.

Tabela 44. Rachunek wyników działalności szpitala z uwzględnieniem kosztów według rodzaju

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży szpitala, w tym:						
1.1	Przychody ze sprzedaży usług medycznych szpitala						
1.2	Przychody z usług pracowni RTG						
1.3	Przychody z usług pracowni USG						
1.4	Przychody z usług pracowni EEG						
1.5	Przychody z usług świadczonych przez przychodnię						
1.6	Przychody z realizacji programów zdrowotnych						
1.7	Przychody z kształcenia kadry medycznej						
1.8	Przychody z działalności pielęgniarek środowiskowych						
1.9	Przychody z gabinetów medycyny szkolnej						
1.10	Przychody z tytułu wynajmu						
1.11	Przychody inne						
2	Koszty działalności szpitala według rodzaju						
2.1	Amortyzacja						
2.2	Zużycie materiałów						
2.3	Zużycie energii						
2.4	Usługi obce						
2.5	Wynagrodzenia						

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
2.6	Ubezpieczenia społeczne i narzuty						
2.7	Świadczenia na rzecz pracowników						
2.8	Podatki i opłaty						
2.9	Pozostałe koszty rodzajowe						
3	Wynik (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

Rachunek wyników z uwzględnieniem kosztów według ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów zwraca uwagę zarządzających szpitalem na pewne jego główne obszary działalności, zwłaszcza te, które stanowią istotną część kosztów działalności szpitala. To pozwala z jednej strony na zwrócenie baczniejszej uwagi podczas sporządzania budżetu na koszty działalności wyodrębnionych jednostek, a z drugiej na późniejszą kontrolę tych kosztów i próby ich obniżenia czy też zrationalizowania. Konstrukcja tego typu rachunku wyników w dużej mierze zależy od potrzeb informacyjnych zarządzających. Jednak duża w tym rola jest działu controllingu oraz poziomu wiedzy i doświadczenia jego pracowników. Przykład rachunku wyników z uwzględnieniem kosztów według ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania przedstawia tabela 45.

Tabela 45. Rachunek wyników działalności szpitala z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży szpitala, w tym:						
1.1	Przychody ze sprzedaży usług medycznych szpitala						
1.2	Przychody z usług pracowni RTG						
1.3	Przychody z usług pracowni USG						
1.4	Przychody z usług pracowni EEG						
1.5	Przychody z usług świadczonych przez przychodnię						
1.6	Przychody z realizacji programów zdrowotnych						
1.7	Przychody z kształcenia kadry medycznej						
1.8	Przychody z działalności pielęgniarek środowiskowych						
1.9	Przychody z gabinetów medycyny szkolnej						
1.10	Przychody z tytułu wynajmu						
1.11	Przychody inne						
2	Koszty działalności szpitala według ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów, w tym:						
2.1	Koszty działalności oddziałów szpitalnych						
2.2	Koszty Izby Przyjęć						

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
2.3	Koszty bloku operacyjnego						
2.4	Koszty działalności pracowni diagnostycznych						
2.5	Koszty pracowni endoskopii						
2.6	Koszty działalności pomocniczej szpitala						
2.7	Koszty działalności Przychodni Specjalistycznej (Szpital)						
2.8	Koszty gabinetów medycyny szkolnej						
2.9	Koszty realizacji programów zdrowotnych						
2.10	Koszty kształcenia kadry medycznej						
2.11	Koszty działań marketingowych						
2.12	Koszty utrzymania infrastruktury ogólnej						
2.13	Koszty zarządzania i obsługi						
3	Wynik (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

Poszczególne pozycje grup kosztów ujęte w rachunku wyników w tabeli 45 nie uwzględniają kosztów wynikających z rozliczeń wewnętrznych. Koszty rozliczeń wewnętrznych są uwzględnione w budżetach częściowych. Również niektóre budżety częściowe uwzględniają rachunek wyników dla poszczególnych obszarów działalności, np. budżetu oddziału szpitalnego, budżetu przychodni zdrowia, budżetu zakładu diagnostyki obrazowej. Uwzględniają one też szczegółowo grupy kosztów istotne dla danego obszaru działalności szpitala. Nawet tak sporządzony rachunek wyników

działalności szpitala jak w tabeli 45 nie pozwala jednak wychwycić wyników działalności np. poszczególnych oddziałów szpitalnych. Stąd też muszą być także opracowane rachunki wyników poszczególnych obszarów działalności, których konstrukcja zostanie przedstawiona w dalszej części pracy, jak i ich budżetów cząstkowych.

Przedstawiony w niniejszym podrozdziale budżet operacyjny działalności szpitala uwzględnia wyodrębnione obszary jego działalności, istotne procesy oraz miejsca powstawania kosztów. Determinują one praktycznie układ jego budżetu działalności. Budżet operacyjny działalności szpitala musi uwzględniać: wyodrębnione istotne obszary jego działalności, procesy w nim zachodzące, utrzymanie najważniejszych zasobów, jednostki organizacyjne. Stąd też zaprojektowanie budżetu wymaga bardzo dobrej znajomości działalności tego typu podmiotu.

2.2. Budżet oddziału szpitalnego

Oddział szpitalny jest podstawową jednostką, gdzie jest leczony i przebywa pacjent. Pacjent przebywa na oddziale szpitalnym w zależności od jego choroby i trwania leczenia stacjonarnego. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy¹:

- diagnostyka i leczenie przy zastosowaniu metod zgodnych ze sztuką lekarską i współczesną wiedzą medyczną;
- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w czasie pobytu pacjenta na oddziale;
- zapewnienie właściwych warunków bytowych, racjonalnego żywienia i warunków sanitarno-epidemiologicznych w czasie pobytu na oddziale;
- umożliwienie pacjentowi kontaktu osobistego, telefonicznego korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
- zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas leczenia, zabiegów i badań diagnostycznych;
- odpowiednie przechowywanie i zabezpieczanie leków pobranych z apteki zakładowej.

¹ Opracowano na podstawie regulaminu organizacyjnego jednego ze szpitali.

Opieka pielęgniarska na oddziale szpitalnym nad pacjentem wymaga m.in.:

- tworzenia warunków do prawidłowej adaptacji pacjenta zgodnie z prawami pacjenta;
- przyjmowania i wykonywania zleceń lekarskich, prowadzenia odpowiedniej dokumentacji pielęgniarskiej w zakresie pielęgnacji pacjenta;
- wykonywania czynności wynikających z pielęgnacji pacjenta;
- przygotowywania pacjenta do wizyt lekarskich, konsultacji i zabiegów;
- podawania leków i wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych zgodnie z ordynacją lekarską;
- pobierania materiałów do badań diagnostycznych;
- rozdzielania posiłków;
- prześcielania łóżek, zmiany brudnej pościeli;
- przestrzegania reżimu sanitarnego, zasad dezynfekcji i sterylizacji, przygotowywania roztworów środków dezynfekcyjnych.

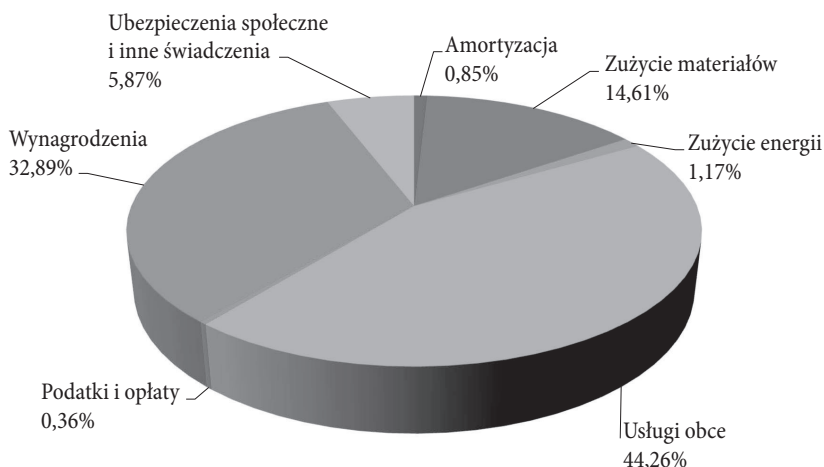
Szczegółowe zadania uzależnione są od zakresu i specjalizacji działania oddziału szpitalnego.

Oddział szpitalny również musi być tak zorganizowany i wyposażony, aby pacjent czuł się dobrze psychicznie. Należy także pamiętać o tym, że nie wszyscy pacjenci są sprawni ruchowo czy też w dobrym stanie. Stąd też samo miejsce oddziału szpitalnego wymaga odpowiedniej organizacji dróg przemieszczania się ludzi oraz sprzętu, w tym transportu wewnątrzszpitalnego czy też zabezpieczenia i wywozu materiałów zakaźnych, odpadów medycznych oraz śmieci.

Znajomość działalności poszczególnych oddziałów szpitalnych pozwala nam wyodrębnić odpowiednie grupy kosztów jego działalności. Poniekąd jego zadania wręcz wyznaczają pewne grupy kosztów.

Działalność oddziału szpitalnego można przedstawić w różnych przekrojach ewidencyjnych kosztów. Najczęściej koszty oddziału szpitalnego w wielu placówkach przedstawia się w systemie finansowo-księgowym w układzie kalkulacyjnym kosztów, a w jego ramach wyodrębnia się koszty: amortyzacji, zużycia materiałów (np. leki, materiały diagnostyczne, sprzęt jednorazowego użytku, artykuły żywnościowe, materiały biurowe, literatura fachowa, środki czystości), zużycia energii (elektrycznej, ciepłej, wody),

usług obcych (np. usługi medyczne, usługi pralni, usługi laboratoryjne, usługi cateringowe, usługi napraw i konserwacji, usługi serwisowe, usługi szkoleniowe, usługi telekomunikacyjne, usługi pralni, usługi utylizacji odpadów medycznych), wynagrodzeń, narzutów na wynagrodzenia, świadczeń na rzecz pracowników, podatków i opłat np. na PFRON oraz pozostałych kosztów. Przykładową roczną strukturę kosztów oddziału chirurgicznego przedstawia rysunek 6. Taki podział nie pozwala na łatwe wyodrębnienie kosztów związanych z samym leczeniem pacjenta czy też utrzymania zasobów lub też podziału kosztów oddziału szpitalnego na koszty stałe i zmienne.



Rysunek 6. Struktura kosztów oddziału szpitalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego ze szpitali.

W ramach oddziału szpitalnego można wyodrębnić **procesy** dotyczące: **leczenia i pobytu pacjenta na oddziale, utrzymania zasobów ludzkich** (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, personel pomocniczy i administracyjny). Ponadto oddział musi być wyposażony w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, a co za tym idzie – musi być odpowiednio obsługiwany, utrzymywany i serwisowany. Niezbędne jest również utrzymanie na odpowiednim poziomie higieny, czystości sal chorych, gabinetów lekarskich. Stąd też można

wyróżnić pewne grupy kosztów, które odpowiadają tym procesom. Dotyczą one kosztów:

- leczenia pacjenta,
- pobytu pacjenta na oddziale,
- zasobów ludzkich,
- utrzymania sprzętu i aparatury medycznej,
- ogólnych oddziału szpitalnego.

Wymienione grupy kosztów uwzględniają koszty związane z samym leczeniem pacjenta oraz utrzymania niezbędnych zasobów, które umożliwiają prowadzenie leczenia pacjenta². Sama zaś struktura kosztów w ramach wyodrębnionych grup kosztów uwzględnia indywidualne pozycje kosztów. Przedstawiony układ kosztów działalności szpitala został zaproponowany w szpitalach podczas autorskich wdrożeń systemu budżetowania³.

Koszty leczenia pacjentów obejmują koszty leków, krwi i preparatów krwiopochodnych, odczynników chemicznych, sprzętu jednorazowego użytku, wykonanych badań diagnostycznych i innych, np. USG, RTG, tomografii, i opieki nad nimi. W przypadku konsultacji zewnętrznych lekarza specjalisty (spoza szpitala, a nawet oddziału) będzie to pozycja kosztów „usługi medyczne”. Do kosztów leczenia można także zaliczyć pobyt pacjenta na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) oraz koszty sterylizacji narzędzi medycznych, które są używane podczas leczenia.

Koszty pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym, tzw. koszty hotelowe, związane są z: wyżywieniem pacjenta, zużyciem i wymianą pościeli, ubrań, usługami pralniczymi. Zalicza się do nich również koszty nabycia łóżek, szafek itp., które też składają się na koszty pobytu na oddziale.

Koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, która jest na wyposażeniu oddziału szpitalnego, dotyczą jej utrzymania na odpowiednim poziomie technicznym, czyli sprawności technicznej oraz aby nie zagrażała ona

² Podobnie, ale bardziej szczegółowo ujęto koszty oddziału szpitalnego w pracy T.M. Zieliński, *Zasobowo-procesowy rachunek kosztów. ZPRK/RPCA*, Akademia Controllingu, Poznań 2017, s. 188.

³ Opracowano na podstawie materiałów z wdrożeń w szpitalach. Za zgodą MARI-NA Sp. z o.o. Opisany jest też w pracy R. Kotapski, *Jakie są koszty działalności oddziału szpitalnego*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2014, nr 9, s. 17–19.

zdrowiu i życiu pacjentów. Stąd też cały czas wymaga konserwacji, napraw, wymiany części zamiennych, serwisowania i przeglądów. Każdy oddział szpitalny może być mniej lub bardziej wyposażony w aparaturę medyczną. Inaczej będzie wyposażony w aparaturę medyczną oddział intensywnej opieki medycznej, a inaczej będzie to wyglądać na oddziale wewnętrznym. Niemniej jej posiadanie wymaga poniesienia kosztów eksploatacyjnych i na każdym oddziale będą to inne koszty.

Istotnymi kosztami działalności oddziału szpitalnego będą **koszty zasobów ludzkich**. Wyróżniamy w tym przypadku następujące grupy zawodowe: lekarze, pielęgniarki, ale też np. rehabilitanci, opiekunowie osób niepełnosprawnych. Do tych kosztów zalicza się w szczególności wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia, szkolenia, ubrania robocze, literaturę fachową, podróże służbowe.

Z uwagi na obowiązujące przepisy dotyczące czasu pracy lekarzy w Unii Europejskiej wielu z nich wykonuje swoje usługi poprzez prowadzenie działalności gospodarczej i przedstawia za nie faktury. Stąd w ramach kosztów zatrudnienia lekarza może wystąpić koszt usług medycznych (kontrakt) lub też podpisana jest z lekarzem lub pielęgniarką umowa zlecenia w zależności od umowy pracodawcy i świadczeniobiorcy. Są to popularne metody zawierania umów pomiędzy pracodawcą a lekarzami i pielęgniarkami. Wynikają one ponieważ z takiego, a nie innego obowiązującego prawa pracy, a w szczególności ponoszonych kosztów pracy, m.in. wynagrodzeń czy narzutów na wynagrodzenia w postaci składek na ubezpieczenia społeczne, wysokości kosztów uzyskania przychodów. Dlatego też koszty usług świadczonych przez lekarzy, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, należy przyjmować jako koszty zasobów ludzkich, w szczególności, jeśli związane są np. z pełnieniem dyżuru na oddziale. Wskazany jest ich podział na główne grupy zawodowe, tj. lekarzy, pielęgniarki i rehabilitantów oraz pozostały personel.

W ramach **kosztów ogólnych oddziału szpitalnego** można wyróżnić koszty utrzymania czystości na oddziale, utrzymania sal chorych, kuchni oddziałowej, zużycia materiałów, obsługi administracyjnej oddziału szpitalnego, usług telekomunikacyjnych i innych kosztów, które nie były przypisane do powyższych grup kosztów.

Przedstawiony i opisany podział na grupy kosztów zapewnia przejrzystość kosztów działalności oddziału szpitalnego. W takim układzie łatwiej

jest sporządzać budżet kosztów działalności oddziału szpitalnego⁴. Tak przedstawione koszty działalności oddziału szpitalnego są bardziej przejrzyste niż jak na rysunku 6.

Sporządzanie budżetu oddziału szpitalnego musi mieć jakiś cel. Przede wszystkim ma służyć zarządzaniu całym szpitalem, a także jego wydziałowymi częściami, jakimi są poszczególne oddziały szpitalne. Różnią się one specjalizacją. Niemniej można wyróżnić podstawowe **cele budżetowania oddziału szpitalnego** takie jak:

- planowanie wykorzystania zasobów rzeczowych, materiałowych, ludzkich i finansowych niezbędnych do realizacji wyznaczonych zadań do wykonania;
- planowanie przychodów i kosztów oddziału szpitalnego;
- analizowanie i weryfikację struktury chorobowej pacjentów i klientów;
- umożliwienie poznania poziomu kosztów jego działalności na etapie planu, a nie w momencie ich poniesienia;
- ocena poziomu i zasadności ponoszonych kosztów na oddziale szpitalnym;
- poznanie kosztu procedury medycznej;
- ułatwienie negocjacji cen usług z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- racjonalne zarządzanie zasobami szpitala;
- zapewnienie koordynacji działań w szpitalu;
- kontrolowanie kosztów.

To są podstawowe cele, które można osiągnąć dzięki sporządzeniu budżetu oddziału szpitalnego. Muszą one być zbieżne z celami budżetowania całego szpitala. Tym samym można go wykorzystać w zarządzaniu szpitalem. Sporządzony budżet kosztów oddziału szpitalnego ma umożliwić:

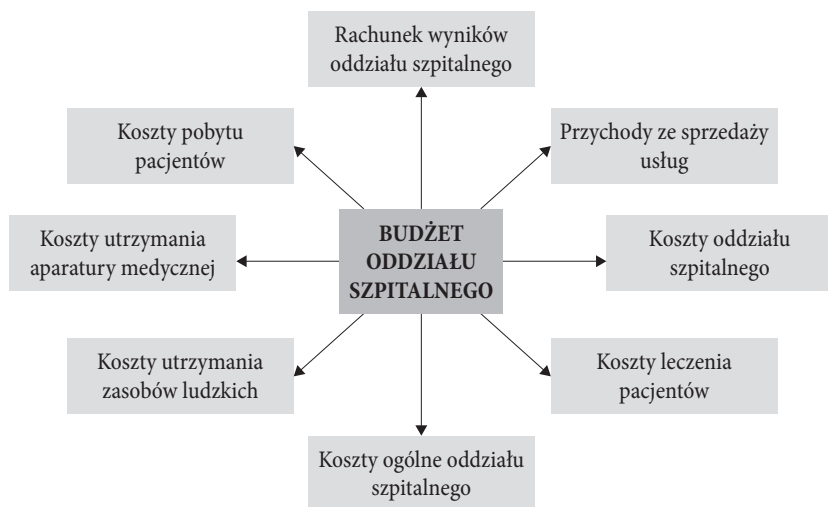
- sporządzenie budżetu przychodów i kosztów szpitala;
- sporządzenie budżetu przepływów środków pieniężnych szpitala;
- racjonalizację wydatkowania środków finansowych.

⁴ Przykład budżetu i jego struktury kosztów przedstawiono w pracy M. Talarska, *Budżet działalności oddziału szpitalnego na przykładzie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii medycznej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2012, nr 268, s. 178–188.

Te cele i założenia mogą być spełnione pod warunkiem, że budżet oddziału szpitalnego będzie odpowiednio skonstruowany. Składa się on z następujących elementów:

- rachunku wyników działalności oddziału szpitalnego,
- przychodów z jego działalności,
- kosztów z uwzględnieniem ich rodzaju i miejsc powstawania kosztów,
- parametrów i wskaźników charakteryzujących działalność oddziału szpitalnego.

Schemat ideowy budżetu oddziału szpitalnego przedstawia rysunek 7.



Rysunek 7. Schemat ideowy budżetu działalności oddziału szpitalnego

Źródło: opracowanie własne.

Działalność każdego oddziału szpitalnego finansowana jest z różnych źródeł. Szpital może realizować usługi dla różnych podmiotów czy też klientów indywidualnych. Zależy to w dużej mierze od charakteru rodzaju działalności (publiczny, komercyjny), od przyjętej strategii działalności właściciela oraz obowiązującego prawa w tym zakresie. Niemniej niezależnie od rodzaju działalności przychody osiągnięte są z:

- podpisanych lub negocjowanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- podpisanych umów z zakładami pracy na świadczenie usług zdrowotnych;
- podpisanych umów z towarzystwami ubezpieczeniowymi;
- kształcenia stażystów i rezydentów;
- usług komercyjnych – odpłatnych.

Podstawą ich planowania i ujęcia w budżecie są podpisane umowy lub wykonanie z lat ubiegłych czy też osiągnięte przychody ze sprzedaży usług. W tabeli 46 przedstawiono przychody w budżecie oddziału szpitalnego.

Tabela 46. Przychody oddziału szpitalnego

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Kontrakt NFZ						
2	Przychody z kształcenia						
3	Umowy z zakładami pracy						
4	Umowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi						
5	Usługi komercyjne						
6	Razem przychody						
7	Przychody narastająco						
8	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Budżet kosztów oddziału szpitalnego musi uwzględniać koszty jego działalności. Najprostszym rozwiązaniem jest jego przedstawienie w układzie rodzajowym kosztów, jak to przedstawia tabela 47 i prezentował to rysunek 6. Dane o kosztach działalności w układzie rodzajowym będą niezbędne do sporządzenia budżetu kosztów szpitala w układzie rodzajowym, a następnie planowanego rachunku zysków i strat.

Tabela 47. Koszty oddziału szpitalnego w układzie rodzajowym

Lp.	Pozycja kosztów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
3	Usługi obce						
4	Usługi wewnętrzne						
5	Wynagrodzenia						
6	Ubezpieczenia społeczne i narzuty						
7	Świadczenia na rzecz pracowników						
8	Pozostałe koszty rodzajowe						
9	Razem koszty						
10	Koszty narastająco						
11	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Układ budżetu kosztów przedstawiony w tabeli 47 może mieć różne wersje. Może być bardziej rozbudowany o poszczególne miesiące, o większą liczbę pozycji rodzajowych kosztów. Przykładowo w ramach pozycji kosztów zużycia materiałów wyodrębnia się koszty zużycia leków, tlenu, krwi, materiałów diagnostycznych, jednorazowego sprzętu medycznego, pozostałych materiałów medycznych, artykułów żywnościowych, bielizny i pościeli, części zamiennych, zużycia materiałów biurowych i materiałów pozostałych. Jak widać z powyższego wyliczenia tych pozycji jest wiele.

W tabeli 47 wyróżniona jest pozycja kosztów **usługi wewnętrzne**. Ta pozycja kosztów dotyczy usług wewnętrznych rozliczanych w szpitalu. Dotyczy m.in. kosztów usług izby przyjęć, operacji pacjenta, USG, RTG, badań mammografu, laboratorium, sterylizacji sprzętu medycznego. Te koszty powstają w wyniku rozliczenia pracowni diagnostycznych szpitala na rzecz poszczególnych oddziałów szpitalnych. Mogą one podlegać indywidulanej

kalkulacji kosztów usług realizowanych w szpitalu (preferowane), a także być rozliczane przyjętymi kluczami rozliczeniowymi (niestety najczęściej stosowanymi).

Jednak takie rozszerzenie pozycji kosztów – jak wspomniano również wcześniej – nie daje odpowiedzi, ile kosztuje samo leczenie pacjenta, jego pobyt na oddziale szpitalnym, zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek, obsługi administracyjnej czy też utrzymania aparatury medycznej. Problematyczny w tym układzie staje się też podział kosztów całkowitych działalności oddziału na koszty stałe i zmienne. Proces ten jest ważny z perspektywy zarządzania szpitalem oraz prowadzenia zabezpieczenia ochrony zdrowia z punktu widzenia polityki zdrowotnej zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym (województwa, powiaty, gminy).

Budżet kosztów oddziału szpitalnego, niezależnie od jego specyfiki ze względu na realizowane zadania, musi uwzględniać koszty wynikające z jego działalności. Wcześniej w niniejszej pracy przedstawiono te grupy kosztów, wyodrębniając: koszty leczenia pacjenta, jego pobytu na oddziale szpitalnym, koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, koszty zasobów ludzkich oraz koszty ogólne działalności oddziału szpitalnego. Przykład takiego budżetu przedstawia tabela 48.

Układ budżetu kosztów działalności oddziału szpitalnego przedstawiony w tabeli 48 lepiej odzwierciedla jego działalność. Charakterystyka kosztów poszczególnych miejsc powstawania kosztów pozwala lepiej planować i kontrolować jego działalność. Przykładowe rozwinięcie pozycji koszty leczenia pacjenta przedstawia tabela 49.

Tabela 48. Koszty oddziału szpitalnego w układzie miejsc powstawania

Lp.	Pozycja kosztów	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Razem zł	Struktura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty leczenia pacjentów						
2	Koszty pobytu pacjenta na oddziale						
3	Koszty utrzymania aparatury medycznej						
4	Koszty zasobów ludzkich						
4.1	Lekarze						
4.2	Pielegniarki						
4.3	Rehabilitanci, fizjoterapeuci i inni						
5	Koszty ogólne oddziału szpitalnego						
6	Razem koszty						
7	Koszty narastająco						
8	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 49. Koszty leczenia pacjenta na oddziale szpitalnym

Lp.	Pozycja kosztów	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Razem zł	Struktura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Zużycie materiałów						
1.1	Zużycie leków						
1.2	Zużycie tlenu						
1.3	Zużycie krwi						
1.4	Zużycie materiałów diagnostycznych						

Lp.	Pozycja kosztów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1.5	Zużycie jednorazowego sprzętu medycznego						
1.6	Zużycie pozostałych materiałów medycznych						
1.7	Zużycie materiałów pozostałych						
2	Usługi obce						
2.1	Usługi laboratoryjne						
2.2	Usługi tomografii						
2.3	Usługi rezonansu						
2.4	Pozostałe usługi medyczne						
2.5	Usługi kontraktów lekarzy						
2.6	Usługi kontraktów pielęgniarских						
2.7	Pozostałe usługi obce						
3	Usługi wewnętrzne						
3.1	Usługi Izby przyjęć – własne						
3.2	Koszty operacji pacjenta – własne						
3.3	Usługi USG – własne						
3.4	Usługi RTG – własne						
3.5	Usługi oddziału OIOM – własne						
3.6	Usługi laboratorium analitycznego – własne						
3.7	Usługi sterylizacji sprzętu medycznego – własne						
4	Pozostałe koszty rodzajowe						
4.1	Pozostałe koszty						
5	Razem koszty						
6	Koszty narastająco						
7	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

W zależności od struktury organizacyjnej szpitala, jego wielkości, filozofii zarządzania oraz posiadanych zasobów niektóre pozycje kosztów będą rozliczane na oddziały szpitalne. Do tych kosztów zalicza się w szczególności usługi badań przeprowadzonych na rzecz pacjenta. W ramach szpitala funkcjonują pracownie diagnostyczne, np. USG, RTG. Stąd też w szpitalu muszą być opracowane zasady przypisywania tych kosztów do pacjenta. Tym samym stanowią one koszty leczenia pacjenta. Ponadto w szpitalu muszą być opracowane zasady kalkulacji kosztów poszczególnych usług z uwzględnieniem kosztów utrzymania tych zasobów, przeprowadzenia samego badania oraz zdolności przerobu pracowni diagnostycznej. Również dotyczy to kosztów usług pralniczych czy też usług sterylizacji. Dzięki temu koszty pracowni będą rozliczone tylko do wysokości zrealizowanych w rzeczywistości usług. Natomiast nie będą rozliczane koszty usług nierozliczonych. Mianowicie – jeśli przyjąć, że dana pracownia może wykonać w ciągu jakiegoś okresu, np. miesiąca, 100 badań, a wykonała tylko 80, to koszty przypadające na pozostałe 20 badań nie będą rozliczane na oddziały szpitalne. Chodzi o to, aby nie przypisywać oddziałom szpitalnym kosztów, które dotyczą niewykorzystania w pełni posiadanych zasobów. Nie oznacza to, że nie są to koszty działalności medycznej szpitala. Są to koszty wynikające z gotowości i utrzymania pracowni, gdyż w danym okresie np. nie będzie potrzeby wykonywania takich badań. Może się jednak okazać w dłuższym okresie, że szpital po prostu przeinwestował.

Często istnieje problem rozliczania kosztów zużycia energii elektrycznej, ciepłej czy też wody przez oddział szpitalny czy też np. poradnię. W wielu książkach, poradnikach, a także aktach prawnych oraz samej praktyce ewidencji kosztów działalności wymienione pozycje ewidencjonuje się w ramach kosztów działalności oddziału szpitalnego. W praktyce koszty te rozliczane są według kluczy podziałowych, które uwzględniają wybrane parametry, np. powierzchnię zajmowaną przez oddział szpitalny w budynku.

W praktyce taka informacja jest bezwartościowa. W przypadku gdy na oddziałach szpitalnych montowane byłyby liczniki zużycia mediów, takie działania miałyby sens. W innym przypadku jest to tylko dodatkowa niepotrzebna praca. Koszty zużycia mediów powinny być przypisane budynkowi. Potem można rozliczyć te koszty na oddział szpitalny, ale tylko w celach kalkulacji kosztu i ceny świadczenia medycznego. Należy pamiętać, że w budynku jest najczęściej kilka oddziałów szpitalnych, blok operacyjny, działy administracyjne.

Stąd lepiej skupić się na planowaniu i kontrolowaniu kosztów utrzymania budynku i obniżce kosztów jego eksploatacji. W konsekwencji zostaną obniżone koszty działalności samego szpitala, oddziału i na koniec – koszty leczenia czy wyleczenia pacjenta. W tym przypadku pacjent jest nośnikiem kosztów.

Samo przedstawienie przychodów i kosztów działalności w budżecie oddziału szpitalnego nie jest informacją pełną o jego działalności. W budżecie należy ująć rachunek wyników w dwóch układach. W pierwszym z nich są ujmowane koszty rodzajowe (tabela 50), a w drugim koszty z uwzględnieniem wyodrębnionych miejsc ich powstawania (tabela 51) na oddziale szpitalnym.

Tabela 50. Rachunek wyników oddziału szpitalnego z uwzględnieniem kosztów rodzajowych

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży usług medycznych						
2	Koszty działalności oddziału szpitalnego						
2.1	Amortyzacja						
2.2	Zużycie materiałów						
2.3	Zużycie energii						
2.4	Usługi obce						
2.5	Usługi wewnętrzne						
2.6	Podatki i opłaty						
2.7	Wynagrodzenia						
2.8	Narzuty na wynagrodzenia						
2.9	Świadczenia na rzecz pracowników						
2.10	Pozostałe koszty rodzajowe						
3	Wynik (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiony w tabeli 50 rachunek wyników działalności oddziału szpitalnego z uwzględnieniem kosztów rodzajowych przedstawia jego wynik działalności. Niemniej jego użyteczność jest ograniczona ze względu na wartość informacyjną o kosztach jego działalności. Układ ten wynika z wieloletnich przyzwyczajeń pracowników księgowości, a także urzędników zajmujących się służbą zdrowia, którzy przyzwyczajeni są do takiego, a nie innego sposobu prezentacji informacji o kosztach działalności podmiotu. Niemniej nic nie stoi na przeszkodzie, na potrzeby rachunkowości zarządczej, przedstawieniu rachunku wyników ustalonych na potrzeby wewnętrzne, tj. kadry menedżerskiej. Należy zaznaczyć, że układ takiego rachunku wyników musi być spójny z całym systemem budżetowania i filozofią jego tworzenia. Stąd też wykorzystamy podział kosztów z uwzględnieniem wyodrębnionych procesów, które przełożyły się na odpowiednie miejsca powstawania kosztów. W praktyce niektórzy menedżerowie chcą mieć też ujęte w rachunku wyników tylko główne pozycje przychodów. Przykład takiego rachunku wyników oddziału szpitalnego przedstawia tabela 51.

Tabela 51. Rachunek wyników działalności oddziału szpitalnego z uwzględnieniem kosztów procesów

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży usług medycznych						
1.1	Kontrakt NFZ						
1.2	Przychody z kształcenia						
1.3	Umowy z zakładami pracy						
1.4	Umowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi						
1.5	Usługi komercyjne						
2	Koszty działalności oddziału szpitalnego						
2.1	Koszty leczenia pacjentów						

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
2.2	Koszty pobytu pacjenta na oddziale						
2.3	Koszty utrzymania aparatury medycznej						
2.4	Koszty zasobów ludzkich						
2.5	Koszty ogólne działalności oddziału						
3	Wynik (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiony w tabeli 51 rachunek wyników działalności oddziału szpitalnego ma charakter bardziej menedżerski niż księgowy. Służy on bieżącej ocenie działalności oddziału szpitalnego. W dobie rozwiniętych systemów informatycznych nie ma specjalnych problemów z jego sporządzeniem. Musi być odpowiednio zorganizowany zakładowy plan kont i stworzona baza danych.

Ostatnia część budżetu działalności oddziału szpitalnego dla bardziej pełnego oglądu i oceny działalności powinna zawierać parametry i wskaźniki charakteryzujące jego działalność. Dotyczą one nie tylko samych danych finansowych, tj. przychodów i kosztów, ale także danych ilościowych. Tym samym można stworzyć, a następnie policzyć wskaźniki, które pozwalają na pełniejszą ocenę działalności oddziału szpitalnego. Liczba tych parametrów i wskaźników może być różnorodna. Będzie ona w dużej mierze zależała od potrzeb informacyjnych kadry zarządzającej i poziomu rozwoju systemów informacyjnych szpitala oraz systemów informatycznych, np. Business Intelligence (BI), Big Data. Przykładowe parametry i wskaźniki dotyczące oddziału szpitalnego przedstawia tabela 52.

Tabela 52. Parametry i wskaźniki oceny działalności oddziału szpitalnego

Lp.	Nazwa	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
1	Liczba hospitalizowanych pacjentów (osoby)					
2	Przychody ze sprzedaży oddziału					
3	Koszty działalności oddziału szpitalnego (zł netto)					
4	Liczba łóżek na oddziale (szt.)					
5	Poziom wykorzystania łóżek (%)					
6	Koszty zasobów ludzkich – personel medyczny (zł netto)					
7	Liczba pracowników zatrudnionych na oddziale (osoby)					
7.1	Lekarze					
7.2	Pielęgniarki					
7.3	Pozostały personel					
8	Jednostkowy koszt zatrudnienia pracownika (6 : 7) (zł netto/os.)					
9	Jednostkowy koszt utrzymania łóżka na oddziale (3 : 4) (zł netto/szt.)					
10	Średni przychód na pacjenta (2 : 1) (zł netto/os.)					
11	Średni koszt leczenia pacjenta (1 : 3) (zł netto/os.)					

Źródło: opracowanie własne.

Układ parametrów i wskaźników oceny działalności oddziału szpitalnego jest ważny przy tworzeniu jednego spójnego raportu dotyczącego jego działalności (tzw. *one page report*) dla menedżerów. Mogą one potem służyć do benchmarkingu wewnętrznego oraz zewnętrznego, tj. porównania się z innymi podobnymi funkcjonującymi na rynku szpitalami. Poza tym dzięki budowie tego typu parametrów i wskaźników można inaczej podejść do

planowania działalności szpitala, jak również samego oddziału szpitalnego. Mogą one być wyznaczone w strategii działalności szpitala i ujęte w strategicznej karcie wyników.

2.3. Budżet kosztów działalności izby przyjęć

Izba przyjęć jest jednostką organizacyjną szpitala. Pracuje ona w ruchu ciągłym. Jej podstawowym zadaniem jest udzielenie pomocy medycznej, przeprowadzenie wstępnej diagnostyki, przeprowadzenie konsultacji lekarskich; udzielana jest na niej pomoc ambulatoryjna oraz załatwiane są formalności związane z przyjęciem chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego na oddział szpitalny czy też prowadzona dokumentacja medyczna i statystyczna. Pacjenci do izby przyjęć zgłaszają się samodzielnie na podstawie skierowania, w stanie zagrożenia życia czy pogorszenia stanu zdrowia lub są przywożeni przez karetki pogotowia ratunkowego. Mogą oni być następnie zakwalifikowani na odpowiedni oddział szpitalny i hospitalizowani lub po udzieleniu konsultacji wypisani do domu.

Izba przyjęć składa się najczęściej z rejestracji, poczekalni, gabinetu zabiegowego, sali chorych, w której odbywają się badania lekarskie i konsultacje, izolatki, sali intensywnego nadzoru, która wyposażona jest w niezbędny sprzęt do podejmowania działań ratunkowych w stanach zagrożenia życia. Na wyposażeniu izby przyjęć jest aparatura i sprzęt medyczny, m.in.: zestaw reanimacyjny, aparaty do mierzenia ciśnienia, elektrokardiograf. W razie potrzeby można też wykorzystać inny sprzęt i aparaturę medyczną, która znajduje się na terenie szpitala. Dojazd i dojście do izby przyjęć musi być dogodne i oznakowane. Ponadto musi być zapewniona możliwość dojazdu karetki pogotowia ratunkowego.

Koszty działalności izby przyjęć można prezentować w różnych przekrojach ewidencyjnych⁵. Zazwyczaj są one przedstawione w układzie rodzajowym kosztów i wyodrębnione w ramach ośrodka kosztów. Są to koszty:

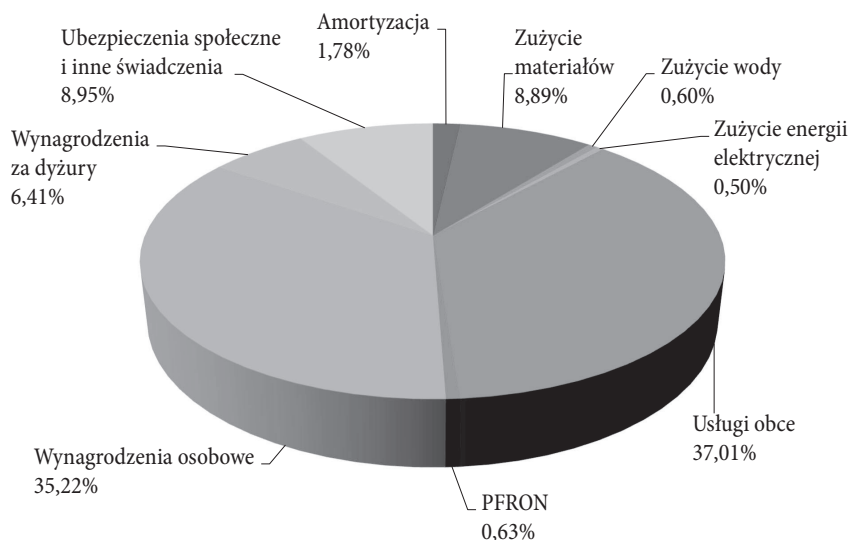
⁵ Wykorzystano artykuł R. Kotapski, *Jakie są koszty działalności izby przyjęć w szpitalu*, „Controlling i Zarządzanie” 2016, nr 2 (10), s. 23–25.

- amortyzacji;
- zużycia materiałów (np. leki, odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne, sprzęt wielokrotnego użytku, materiały medyczne, materiały do konserwacji i remontów, bielizna i pościel, materiały biurowe);
- zużycia energii, w tym energii elektrycznej, ciepłej;
- usług obcych (np. innych podmiotów leczniczych, usług lekarzy i pielęgniarek, napraw sprzętu medycznego, usług telekomunikacyjnych, usług sprzątania, usług pralni, usług transportowych);
- wynagrodzeń;
- narzutów na wynagrodzenia;
- świadczeń na rzecz pracowników (np. ubrania robocze, szkolenia pracowników);
- podatków i opłat;
- pozostałych kosztów.

Przykładową strukturę kosztów według takiego układu przedstawia rysunek 8. Z tego wykresu wynika, że największy udział kosztów mają usługi obce 37,01%, wynagrodzenia 41,63%, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia 8,95% oraz zużycie materiałów 8,89%. Łącznie te pozycje stanowią 87,53% ogółu kosztów działalności izby przyjęć.

Przykład 5. Analiza kosztów działalności izby przyjęć

Koszt działalności izby przyjęć w układzie rodzajowym nie jest wystarczający na potrzeby planowania i kontroli kosztów i do tego może wprowadzać błąd. Dotyczy to np. pozycji wynagrodzenia. W rzeczywistości koszty pracy lekarzy i pielęgniarek widnieją również w pozycji „usługi obce”. Dlatego też zostanie przeprowadzona głębsza analityka kosztów w ramach głównych pozycji kosztów.



Rysunek 8. Struktura kosztów działalności izby przyjęć

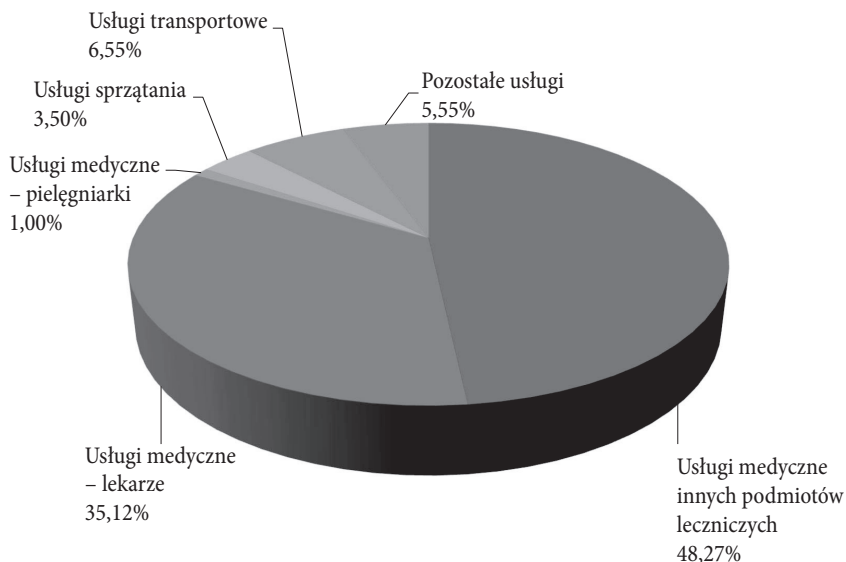
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego ze szpitali.

Zgodnie z rysunkiem 8 usługi obce stanowią 37,01% ogółu kosztów działalności izby przyjęć szpitala. Stąd interesujące staje się, jakie koszty składają się na tę pozycję.

Rysunek 9 przedstawia strukturę kosztów usług obcych. W jej ramach największą pozycję stanowią koszty usług medycznych innych podmiotów 48,27% oraz koszty usług medycznych lekarzy 35,12%, czyli 83,39% łącznych kosztów usług obcych. Inne znaczące pozycje usług obcych to usługi transportowe 6,55% i usługi sprzątania 3,5%. Reszta, tj. usługi konserwacji i napraw sprzętu medycznego i niemedycznego, usługi telekomunikacyjne, usługi pralni i pozostałe usługi stanowią łącznie 5,55% całości kosztów usług obcych.

Z pogłębionej analizy kosztów pozycji podstawowych wynika, że koszty pracy lekarzy to nie tylko wynagrodzenia i narzuty na wynagrodzenia, ale też koszty usług lekarzy i pielęgniarek. Nie są oni bowiem zatrudnieni na podstawie umowy o pracę tylko prowadzą działalność gospodarczą. Stąd też „figuruja” pod pozycją usługi obce. Niemniej w praktyce do obsady dyżurów na

izbie przyjęć są niezbędni. Faktycznie z punktu widzenia szpitala są to **koszty zasobów ludzkich niezbędnych do funkcjonowania izby przyjęć szpitala**.



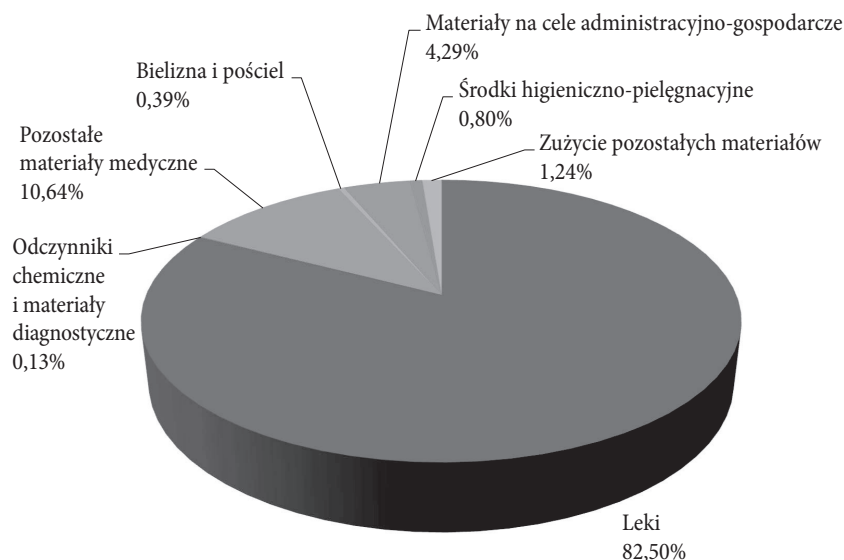
Rysunek 9. Struktura kosztów usług obcych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego ze szpitali.

Analiza rodzajów usług pokazuje, że część z nich dotyczy kosztów utrzymania aparatury i sprzętu medycznego (usługi konserwacji i napraw sprzętu medycznego), a inne pozycje usług dotyczą kosztów ogólnego funkcjonowania izby przyjęć (usługi telekomunikacyjne, utrzymanie czystości). Natomiast usługi transportowe dotyczą bezpośrednio pacjentów. Ten aspekt potwierdza analiza kosztów zużycia materiałów, których strukturę przedstawia rysunek 10.

W ramach kosztów zużycia materiałów największy udział w nich ma zużycie leków 82,50% oraz pozostałych materiałów medycznych 10,64%. Łącznie jest to 93,14% wszystkich kosztów zużycia materiałów na izbie przyjęć szpitala. Inną wyróżniającą się pozycją to zużycie materiałów na cele administracyjno-gospodarcze 4,29%.

Analiza pozycji zużycia materiałów pozwala na ich kwalifikację do różnych grup kosztów. Do kosztów leczenia pacjenta można zaliczyć leki, odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne, materiały medyczne; natomiast pozycje: zużycie materiałów na cele administracyjno-gospodarcze, sprzęt wielokrotnego użytku, materiały do konserwacji i remontów – do kosztów ogólnych działalności izby przyjęć. Z kolei niektóre pozycje zużycia materiałów można też przyporządkować do kosztów utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, która jest na jej wyposażeniu.



Rysunek 10. Struktura kosztów zużycia materiałów w izbie przyjęć szpitala

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego ze szpitali.

Pozycje kosztów, o których była mowa wcześniej, to koszty, które można jednoznacznie przypisać do działalności izby przyjęć na podstawie dokumentów źródłowych, np. kart pracy lekarzy i pielęgniarek, załączników do faktury z tytułu usług medycznych lekarzy i pielęgniarek czy na podstawie dokumentów RW (rozchód wewnętrzny) i faktur za materiały i części zamienne np. do aparatury medycznej. Natomiast koszty zużycia wody, energii

elektrycznej czy energii cieplnej najczęściej są rozliczane za pomocą kluczy rozliczeniowych, które mniej lub bardziej odzwierciedlającą rzeczywistość kosztową działalności izby przyjęć. Podstawą rozliczeń tych pozycji są liczniki zużycia mediów i inne parametry, np. powierzchnia zajmowana przez izbę przyjęć.

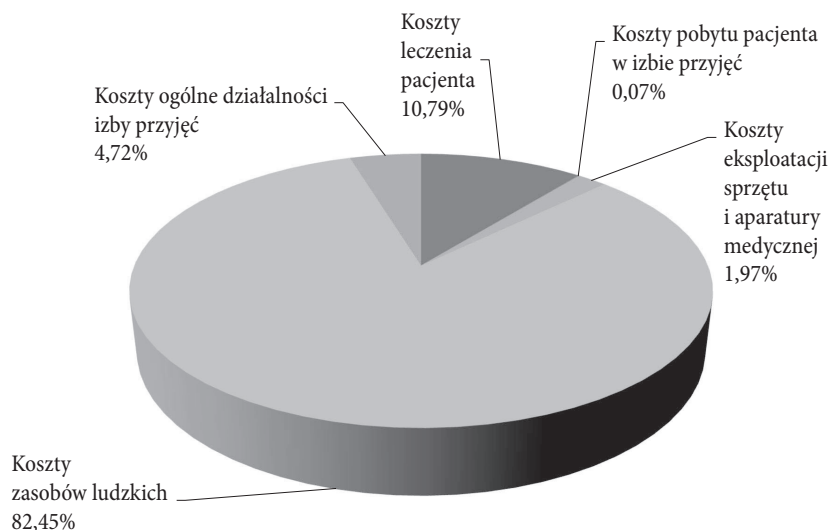
Przykład 6. Koszty działalności izby przyjęć z uwzględnieniem miejsc powstawania kosztów

Na podstawie analizy kosztów działalności izby przyjęć szpitala oraz poszczególnych ich pozycji można je podzielić na następujące grupy:

- koszty leczenia pacjenta,
- koszty pobytu pacjenta na izbie przyjęć,
- koszty zasobów ludzkich,
- koszty eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej,
- koszty ogólnych działalności izby przyjęć.

Podobnie dzielą się koszty działalności oddziału szpitalnego opisanego w podrozdziale 2.2.

W ramach **kosztów leczenia pacjenta** można wyodrębnić koszty zużycia leków, sprzętu jednorazowego użytku (strzykawki, igły), materiałów medycznych, odczynników i materiałów diagnostycznych, zleconych badań diagnostycznych, np. USG, RTG, oraz koszty opieki nad pacjentami. **Koszty pobytu pacjenta** w izbie przyjęć to koszty zużycia, prania bielizny i pościeli, zakupu nowych łóżek, szafek itp. **Koszty zasobów ludzkich** obejmują wynagrodzenia wraz z narzutami, PFRON, który wynika z przyjętych wewnętrznych rozliczeń w szpitalu, usługi medyczne lekarzy i pielęgniarek. **Koszty eksploatacji sprzętu i aparatury** medycznej to koszty diagnostyki tych urządzeń, obowiązkowych przeglądów technicznych, części zamiennych oraz bieżącej konserwacji. Pozostałe pozycje kosztów można zaliczyć do **kosztów ogólnych działalności izby przyjęć**. Są to koszty zużycia mediów (energia elektryczna, energia cieplna, woda), zużycie materiałów do sprzątnięcia, zużycie materiałów biurowych, usługi utrzymania czystości, usługi telekomunikacyjne. Rysunek 11 przedstawia strukturę kosztów działalności izby przyjęć szpitala z uwzględnieniem wyodrębnionych grup kosztów.



Rysunek 11. Struktura kosztów działalności izby przyjęć szpitala z uwzględnieniem kosztów procesów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego ze szpitali.

Jak wynika z rysunku 11, największe koszty działalności izby przyjęć szpitala to koszty zasobów ludzkich (82,45%) oraz koszty leczenia pacjenta (10,79%).

Po przedstawionej analizie kosztów działalności izby przyjęć można uznać, że układ budżetu kosztów izby przyjęć będzie mieć układ budżetu kosztów oddziału szpitalnego. Będzie on jedynie różnił się strukturą wewnętrzną kosztów, która będzie głównie zależeć od wielkości samej izby przyjęć oraz liczby przyjętych pacjentów. Przykład kosztów działalności izby przyjęć przedstawia tabela 53.

Tabela 53. Koszty działalności izby przyjęć w układzie miejsc powstawania

Lp.	Pozycja kosztów	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty leczenia pacjentów						
2	Koszty pobytu pacjenta na izbie przyjęć						
3	Koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej						
4	Koszty zasobów ludzkich						
4.1	Lekarze						
4.2	Pielęgniarki						
5	Koszty ogólne działalności izby przyjęć						
6	Razem koszty						
7	Koszty narastająco						
8	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Należy zaznaczyć, że nie każdy pacjent z izby przyjęć będzie później hospitalizowany w szpitalu. Stąd też zazwyczaj izba przyjęć inaczej jest rozliczana ze swojej działalności względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego też uzupełnieniem budżetu działalności izby przyjęć będzie zestawienie ilościowe. Będzie ono obejmować liczbę przyjętych pacjentów na oddziały szpitalne oraz liczbę udzielonych porad (tabela 54). Zestawienie to można wykorzystać do:

- rozliczania kosztów izby przyjęć na oddziały szpitalne z uwzględnieniem liczby pacjentów przyjętych przez oddział szpitalny;
- rozliczenia usług z tytułu udzielonych porad z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- kalkulacji kosztów leczenia pacjenta w szpitalu;
- kalkulacji kosztów udzielonej porady.

Tabela 54. Liczba pacjentów izby przyjęć

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Liczba przyjętych pacjentów na oddziały						
2	Liczba udzielonych porad						

Źródło: opracowanie własne.

Podział kosztów działalności izby przyjęć z wyodrębnionych grup kosztów jest bardziej przejrzysty niż według układu rodzajowego kosztów. Umożliwia lepsze planowanie i kontrolę jej działalności. Ponadto ten układ przedstawiania kosztów jest bardziej adekwatny do policzenia kosztów leczenia pacjenta. Duża część kosztów działalności izby przyjęć to koszty stałe i jako takie stanowią koszty gotowości do realizacji świadczeń zdrowotnych. Te koszty można rozliczać w stosunku do liczby łóżek. Natomiast poszczególne pozycje wymienione w grupie kosztów leczenia pacjenta można przyporządkować do konkretnego pacjenta na podstawie dokumentów źródłowych, np. zlecenia badania USG.

Warunkiem przedstawionego ujmowania kosztów działalności izby przyjęć szpitala jest dokładne zdefiniowanie tych grup kosztów oraz prowadzenie odpowiedniej ewidencji kosztów. Tym samym zakładowy plan kont musi uwzględniać ten układ informacyjny o kosztach. Innym ważnym aspektem jest właściwa kwalifikacja dowodów księgowych. Inaczej będą miały miejsce przekłamanie informacyjne.

2.4. Budżet zakładu diagnostyki obrazowej

Ważnym składnikiem kosztów leczenia pacjenta są koszty badań diagnostycznych, np. USG, RTG, tomografii komputerowej. Oddziały szpitalne są obciążane kosztami wykonania takich badań na ich zlecenie. Stąd też koszty działalności pracowni diagnostycznych i sposób ich organizacji mają wpływ

na wynik działalności poszczególnych oddziałów szpitalnych, a także całego szpitala. Zmniejszenie kosztów działalności pracowni diagnostycznych oraz ich efektywniejsze wykorzystanie pozwala na zwiększenie rentowności poszczególnych procedur medycznych i w konsekwencji może poprawić wynik działalności szpitala⁶.

Wdrożenie systemu budżetowania w szpitalu pozwala na rozszerzenie informacji o kosztach jego działalności w przekroju jednostek organizacyjnych oraz poszczególnych ośrodków odpowiedzialności. Jedne z nich to pracownie diagnostyczne. Znajomość ich kosztów ułatwia kalkulację cen i kosztów usług diagnostycznych, a w konsekwencji **kosztów leczenia pacjenta**. Pozwala na bardziej precyzyjne rozliczanie ich kosztów na oddziały szpitalne, ale także i na konkretne procedury medyczne.

Leczenie pacjenta wymaga wykonania odpowiednich badań diagnostycznych. W ramach szpitala funkcjonują różne pracownie diagnostyczne. Zalicza się do nich m.in. pracownia USG, RTG, tomografii komputerowej, EEG, mammograficzna, spirometryczna, endoskopii, diagnostyki kardiologicznej⁷. Liczba tych pracowni zależy od rodzaju, wielkości oraz specjalizacji szpitala oraz od jego zasobności.

Badania USG pozwalają na uzyskanie obrazu przekroju badanego obiektu. Dokonuje się badań m.in. jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, miednicy, układu moczowego, przepływy dopplerowskie w tętnicy pępowinowej i środkowej mózgu płodu, układu tętniczego oraz żylnego kończyn dolnych i wielu innych narządów wewnętrznych.

Pracownia RTG wykonuje diagnostykę radiologiczną w zakresie radiologii klasycznej całego ciała, badań kontrastowych, zdjęć zębowych. Natomiast **tomografia komputerowa** wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie do wielopłaszczyznowego uwidocznienia badanych tkanek i narządów. Wykonuje się m.in. badania głowy zatok, klatki piersiowej, jamy brzusznej z miednicą mniejszą, kości i stawów (według wskazań lekarza specjalisty), także w przypadkach pourazowych.

⁶ R. Kotapski, *Budżet działalności pracowni diagnostycznych w szpitalu*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, nr 73, s. 969–970.

⁷ Opracowano na podstawie ofert szpitali i przychodni oraz dokumentacji podmiotów leczniczych w zakresie realizacji badań przez pracownie diagnostyczne.

Badanie EEG jest metodą rejestracji spontanicznej czynności bioelektrycznej mózgu przy pomocy elektrod umieszczonych na powierzchni głowy.

Mammografia to radiologiczna metoda badania piersi u kobiet. Polega na wykonaniu serii zdjęć gruczołu przy użyciu promieni rentgenowskich. Jej zdolność do uwidoczniania szeregu charakterystycznych zmian pozwala na wczesne rozpoznanie raka piersi oraz innych patologii sutka zanim staną się one jawne klinicznie.

W **pracowni spirometrycznej** wykonywane są badania oceniające wydolność oddechową płuc. W **pracowni endoskopii** wykonywany jest pełen zakres specjalistycznych badań górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, m.in. gastroscopia, kolonoskopia czy rektoskopia.

Pracownia diagnostyki kardiologicznej wykonuje badania EKG serca, próby wysiłkowe wykonywane na bieżni ruchomej, całodobową rejestrację pracy serca, całodobową rejestrację ciśnienia tętniczego krwi⁸.

Pacjenci kierowani są na badania przez lekarzy specjalistów. W pracowniach zatrudnieni są lub świadczą usługi lekarze specjaliści, pielęgniarki czy też technicy, którzy obsługują aparaturę medyczną w zależności od pracowni diagnostycznej. W strukturach organizacyjnych szpitali wyodrębnione są np. zakłady diagnostyki obrazowej (USG, RTG, tomografia komputerowa) oraz poszczególne pracownie. Mogą one być też częścią oddziału szpitalnego lub podlegać bezpośrednio ordynatorowi.

Do pracowni diagnostycznych przyjmowani są również pacjenci z zewnątrz szpitala na podstawie skierowania z przychodni szpitalnej czy rejonowej. Pacjenci są rejestrowani przez jednostkę organizacyjną wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej szpitala.

Funkcjonowanie pracowni diagnostycznych wymaga określonej organizacji pracy oraz odpowiednich zasobów. W ramach kosztów ich działalności można wyróżnić następujące grupy kosztów⁹:

⁸ Szerzej o badaniach serca w pracy I. Maciejewska, R. Kotapski, *Budżet działalności specjalistycznej poradni kardiologicznej*, „Controlling i Zarządzanie” 2020, nr 5 (37), s. 50–51.

⁹ Zbliżony podział kosztów i ich zakres autor przedstawił w pracach R. Kotapski, *Cost management in health center [w:] Knowledge for Market Use 2014: Media and Communication in the 21st Century*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2014, s. 110–119; R. Kotapski, *Jakie są koszty działalności przychodni zdrowia*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2014, nr 12, s. 19–21.

- zużycia materiałów niezbędnych do przeprowadzenia badań diagnostycznych;
- utrzymania sprzętu i aparatury medycznej;
- zasobów ludzkich – lekarze, pielęgniarki, technicy;
- rejestracji pacjentów;
- ogólnych działalności pracowni.

Koszty zużycia materiałów niezbędnych do przeprowadzenia badań diagnostycznych będą zależeć w dużej mierze od pracowni diagnostycznej. Do przeprowadzania badania np. USG jamy brzusznej zużywane są materiały higieniczne, żel do ciała, który pozwala na lepsze wykonanie badania. Natomiast podczas badania tomograficznego trzeba podać kontrast dożylnie. Dlatego będą potrzebne: preparat, sprzęt jednorazowego użytku (strzykawka, igła), materiały opatrunkowe, waciki. Wyniki badań mogą być zapisane w komputerze oraz są przekazywane do opisu oraz dla pacjenta na płycie CD. Dzięki rozwojowi technologii informatycznych pacjent po odebraniu indywidualnego kodu może sam wejść na portal, obejrzeć i/lub ściągnąć swoją dokumentację medyczną. W przypadku aparatu rentgenowskiego starszego typu niezbędna jest klisza fotograficzna i odczynniki, które pozwolą wywołać błonę fotograficzną. Należy również pamiętać o sterylizacji narzędzi używanych w pracowniach diagnostycznych.

Koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej dotyczą w szczególności kosztów amortyzacji, zużycia energii elektrycznej, wymiany części zamiennych, usług kalibracji, przeglądów serwisowych, napraw i konserwacji, ubezpieczenia. Sprzęt i aparatura medyczna cały czas muszą być monitorowane pod kątem utrzymania parametrów technicznych. W przeciwnym wypadku mogłoby dojść do narażenia zdrowia i życia pacjentów oraz pracowników obsługi. Najczęściej specjalistyczną aparaturę medyczną serwisują wyspecjalizowane przedsiębiorstwa, które posiadają odpowiednią kadrę techniczną. Zasady i częstotliwość serwisowania, przeglądów technicznych podawane są przez producenta.

Łączne koszty wyposażenia pracowni diagnostycznej, gdzie przyjmowani są pacjenci oraz przeprowadzane są badania diagnostyczne, dotyczą:

- wyposażenia gabinetów (meble, komputery, kozetki, pościel, materiały biurowe);

- utrzymania sprzętu i aparatury medycznej;
- niezbędnych usług, np. sterylizacji narzędzi;
- materiałów i leków oraz sprzętu jednorazowego użytku, w tym np. strzykawek, igieł.

Koszty zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek i techników dotyczą specjalistów, którzy mogą realizować świadczenia zdrowotne. Do nich zalicza się w szczególności wynagrodzenie, narzuty na wynagrodzenia, badania lekarskie, szkolenia, ubrania robocze, inne świadczenia na rzecz pracowników, literatura fachowa, podróże służbowe np. dotyczące szkoleń.

Pacjenci są rejestrowani do badań diagnostycznych. W związku z tym ponoszone są **koszty rejestracji pacjentów**. Do nich zalicza się koszty pracy pracowników recepcji, wyposażenia w odpowiednie oprogramowanie i sprzęt komputerowy, zabezpieczenia danych, zużycia materiałów biurowych. Niezbędne jest też wyodrębnienie miejsca przechowania danych pacjentów. Są to dane wrażliwe i podlegają szczególnej ochronie prawnej. Stąd też są ponoszone koszty ich zabezpieczenia. Pacjenci mają dostęp do swoich danych, np. mogą przeglądać swoje wyniki badań. To również wiąże się z kosztami utrzymania i zabezpieczenia danych na serwerach oraz innej infrastrukturze informatycznej, w tym jej obsługi, modernizacji.

Koszty ogólne działalności zakładu diagnostyki obrazowej jako jednostki organizacyjnej w szpitalu dotyczą kosztów utrzymania gabinetu lekarskiego, gdzie przyjmowani są pacjenci, zużycia materiałów biurowych, pościeli, mebli, konserwacji, remontów, napraw, ogólnego przeznaczenia, usług telekomunikacyjnych, kierownictwa i zatrudnionego personelu administracyjnego, utrzymania czystości, monitoringu oraz utrzymania bezpieczeństwa na terenie pracowni diagnostycznych. Odnoszą się do całości jako jednostki organizacyjnej szpitala, a nie poszczególnych pracowni diagnostycznych.

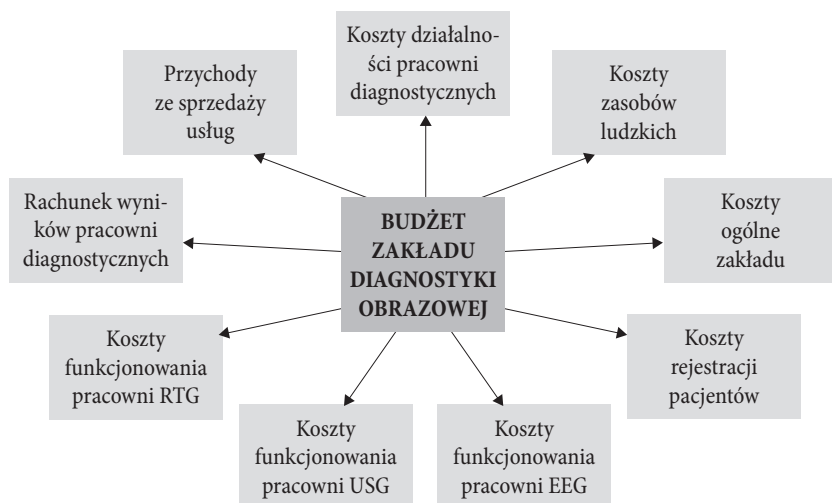
Przedstawione grupy kosztów mogą się różnić w zależności od posiadanych pracowni oraz zasad planowania, kontrolowania czy też rozliczeń kosztów przyjętych w szpitalu. Będą one również zależeć od stopnia wyposażenia, zaawansowania technologicznego funkcjonującej pracowni diagnostycznej w szpitalu. Należy też wziąć pod uwagę strukturę organizacyjną szpitala. Często w wielu szpitalach jest wydzielona odrębna recepcja dla

pacjentów, którzy są tylko przyjmowani do badań diagnostycznych, a nie są pacjentami oddziałów szpitalnych.

Budżet zakładu diagnostyki obrazowej, którego składowymi są poszczególne pracownie diagnostyczne, musi być odpowiednio zbudowany i być równocześnie elementem całego systemu budżetowania czy też controllingu szpitala. Dzięki temu można planować i kontrolować przychody i koszty działalności poszczególnych pracowni diagnostycznych. Składa się on z następujących elementów:

- rachunku wyników działalności zakładu diagnostyki obrazowej;
- przychodów z jego działalności z uwzględnieniem poszczególnych pracowni diagnostycznych;
- kosztów z uwzględnieniem każdej pracowni oraz kosztów rodzajowych i miejsc powstawania kosztów;
- parametrów i wskaźników.

Schemat ideowy przykładowego budżetu zakładu diagnostyki obrazowej przedstawia rysunek 12.



Rysunek 12. Schemat ideowy budżetu zakładu diagnostyki obrazowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie autorskiego wdrożenia. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

W ramach budżetu zakładu diagnostyki obrazowej należy wyodrębnić przychody z tytułu działalności poszczególnych pracowni diagnostycznych. Dla przedstawienia rentowności poszczególnych pracowni niezbędne jest wyodrębnienie pozycji „przychody wewnętrzne”, które wynikają z rozliczeń z innymi jednostkami szpitala, w szczególności z oddziałami szpitalnymi, gdzie głównie na ich rzecz badania te są wykonywane. Przychody uzyskiwane przez pracownie diagnostyczne najczęściej wynikają, podobnie jak w przypadku oddziałów szpitalnych, z podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, z zakładami pracy oraz towarzystwami ubezpieczeniowymi na świadczenie usług diagnostycznych. Pracownie te świadczą również usługi odpłatne dla indywidualnych klientów w ramach wolnych mocy przerobowych.

Często pracownie diagnostyczne świadczą usługi innym zakładom opieki zdrowotnej, co powoduje ich lepsze wykorzystanie. W konsekwencji koszty stałe działalności zakładu diagnostyki obrazowej szpitala, a także poszczególnych pracowni diagnostycznych rozkładają się na większą liczbę pacjentów i w konsekwencji usługa może być tańsza. W skali całego kraju ma to ogromne znaczenie, gdyż te usługi finansowane są w praktyce ze środków publicznych.

Podstawą planowania przychodów i ich ujęcia w budżecie pracowni diagnostycznych, podobnie jak w przypadku oddziałów szpitalnych, są podpisane umowy lub wykonanie z lat ubiegłych czy też osiągnięte przychody ze sprzedaży usług. Przychody z realizacji usług zakładu diagnostyki obrazowej powinny być ujęte zarówno w przekroju poszczególnych pracowni, jak i ich rodzaju. Przykład taki przedstawia tabela 55.

Tabela 55. Przychody zakładu diagnostyki obrazowej

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody z usług pracowni RTG						
1.1	Kontrakty z NFZ						
1.2	Inne zewnętrzne						
1.3	Wewnętrzne						
2	Przychody z usług pracowni USG						
2.1	Kontrakty z NFZ						
2.2	Inne zewnętrzne						
2.3	Wewnętrzne						
3	Przychody z usług pracowni EEG						
3.1	Kontrakty z NFZ						
3.2	Inne zewnętrzne						
3.3	Wewnętrzne						
4	Inne przychody						
5	Razem przychody						
6	Przychody narastająco						
7	Struktura						

Źródło: opracowanie własne.

Podstawą opracowania kosztów funkcjonowania zakładu diagnostyki obrazowej i poszczególnych pracowni diagnostycznych jest wyodrębnienie istotnych, z punktu widzenia ponoszonych kosztów, procesów, a następnie miejsc powstawania kosztów. W ramach budżetu zakładu diagnostyki obrazowej wyodrębniono koszty:

- funkcjonowania poszczególnych pracowni diagnostycznych;
- zasobów ludzkich;
- rejestracji pacjentów;
- ogólne zakładu diagnostyki jako wewnętrznej jednostki organizacyjnej szpitala.

Przykład takiego budżetu przedstawia tabela 56.

Tabela 56. Koszty zakładu diagnostyki obrazowej

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty funkcjonowania pracowni RTG						
2	Koszty funkcjonowania pracowni USG						
3	Koszty funkcjonowania pracowni EEG						
4	Koszty zasobów ludzkich						
5	Koszty rejestracji pacjentów						
6	Koszty ogólne działalności zakładu diagnostyki obrazowej						
7	Razem koszty						
8	Koszty narastająco						
9	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne na podstawie autorskiego wdrożenia w jednym ze szpitali.

Koszty działalności samej pracowni przedstawia tabela 57 (pracownia RTG). Dotyczą one praktycznie:

- zużycia materiałów diagnostycznych, sprzętu jednorazowego użytku, które są niezbędne do przeprowadzenia badań,
- części zamiennych, usług serwisowania, konserwacji i napraw.

Inne koszty, takie jak koszty zasobów ludzkich, są planowane w innej części budżetu. Natomiast w przypadku, gdy usługi lekarzy są rozliczane na podstawie realizowanej usługi dotyczącej konkretnych badań dla pracowni, to wtedy są ujmowane bezpośrednio jako koszty działalności pracowni. Lekarze zatrudnieni w szpitalu są ujmowani w kosztach zasobów ludzkich zgodnie z warunkami ich zatrudnienia.

Tabela 57. Koszty działalności pracowni diagnostycznej (RTG)

Lp.	Nazwa pozycji	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Razem zł	Struktura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
2.1	Zużycie materiałów diagnostycznych						
2.2	Zużycie jednorazowego sprzętu medycznego						
2.3	Zużycie pozostałych materiałów medycznych						
2.4	Części zamienne						
2.5	Zużycie materiałów pozostałych						
3	Usługi obce						
3.1	Usługi medyczne – lekarze						
3.2	Kontrakty pozostałe						
3.3	Usługi serwisowania						
3.4	Usługi konserwacji i napraw						
3.5	Pozostałe usługi obce						
4	Pozostałe koszty rodzajowe						
4.1	Pozostałe koszty						
5	Razem koszty						
6	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne na podstawie autorskiego wdrożenia w jednym ze szpitali.

W przedstawionym przykładzie jednym z budżetów kosztów szpitala był budżet kosztów sprzętu i aparatury medycznej. W tym budżecie kosztów były ujmowane koszty utrzymania aparatury medycznej z uwzględnieniem istniejących pracowni diagnostycznych, a w nich istotnej aparatury. Następnie łączne koszty amortyzacji, części zamiennych, usług serwisowania, konserwacji i napraw były przenoszone do kosztów funkcjonowania pracowni, które były ujęte w budżecie kosztów zakładu diagnostyki obrazowej.

W rozważaniach przyjęto, że pracownie diagnostyczne znajdują się w budynku szpitalnym i jego koszty nie są wewnętrznie rozliczane.

Natomiast w niektórych szpitalach koszty utrzymania pomieszczeń w budynku są rozliczane za pomocą kluczy rozliczeniowych, np. na podstawie zajmowanej powierzchni przez pracownię. Na pewno trzeba je rozliczać na potrzeby kalkulacji kosztów usługi danej pracowni. Natomiast na potrzeby budżetowania czy ewidencji kosztów już niekoniecznie. Jest to jednak problem rozliczeń kosztów i wymaga on odrębnego opracowania.

Niezbędnym elementem budżetu zakładu diagnostyki obrazowej, a w nim pracowni diagnostycznych, jest rachunek wyników jego działalności. Do jego sporządzenia jest niezbędna znajomość przychodów i kosztów działalności poszczególnych pracowni diagnostycznych. Rachunek wyników musi uwzględniać wyniki każdej pracowni diagnostycznej oraz wynik działalności całego zakładu wyodrębnionego w strukturze organizacyjnej szpitala. Przykład rachunku wyników z uwzględnieniem wyników poszczególnych pracowni przedstawia tabela 58.

Tabela 58. Rachunek wyników zakładu diagnostyki obrazowej

Lp.	Nazwa pozycji	Pracownia RTG	Pracownia USG	Pracownia EEG	Razem zł netto
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
1	Przychody ze sprzedaży usług				
1.1	Wewnętrzne				
1.2	Zewnętrzne				
2	Koszty funkcjonowania pracowni diagnostycznych				
3	Wynik na pracowni (1 – 2)				
4	Koszty zasobów ludzkich				
4.1	Lekarze				
4.2	Pielęgniarki				
4.3	Technicy				
5	Koszty rejestracji pacjentów				
6	Koszty ogólne zakładu diagnostyki obrazowej				
7	Wynik na działalności zakładu diagnostyki obrazowej (3-4-5-6)				

Źródło: opracowanie własne na podstawie autorskiego wdrożenia w jednym ze szpitali.

Natomiast inny wariant rachunku wyników zakładu diagnostyki obrazowej przedstawia tabela 59. W tym zestawieniu zostały opisane główne grupy kosztów, które dotyczą całego zakładu, ale bez wyników poszczególnych pracowni. Jego zaletą jest to, że następuje obserwacja poszczególnych grup kosztów w dłuższym okresie, co pozwoli uchwycić niepokojące trendy ich kształtowania oraz porównywać je np. z poprzednimi okresami. Również tworzy się rachunek wyników zakładu diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem kosztów rodzajowych, tak jak to przedstawiono w części dla oddziału szpitalnego.

Tabela 59. Rachunek wyników zakładu diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem kosztów według miejsc powstawania

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży usług						
1.1	Zewnętrzne						
1.2	Wewnętrzne						
2	Koszty działalności pracowni, w tym:						
2.1	Koszty zasobów ludzkich						
2.2	Koszty funkcjonowania pracowni RTG						
2.3	Koszty funkcjonowania pracowni USG						
2.4	Koszty funkcjonowania pracowni EEG						
2.5	Koszty rejestracji pacjentów						
2.6	Koszty ogólne zakładu diagnostyki obrazowej						
3	Wynik na działalności pracowni (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

Istotnym elementem rachunku wyników są przychody wewnętrzne, które wynikają z rozliczeń wykonanych badań na rzecz jednostek wewnętrznych. Jak już wspomniano, po opracowaniu zasad kalkulacji kosztów poszczególnych usług pracowni¹⁰ można je rozliczać zgodnie z formułą iloczynu *ilości badań i kosztu jednostkowego badania*. Tym samym będą ujawniane rzeczywiste wyniki pracowni, a w szczególności oddziały szpitalne będą obciążane rzeczywistymi kosztami badań. Ma to wpływ na kalkulację kosztów leczenia pacjenta. Niemniej należy przy tym pamiętać, że jednak posiadanie pracowni diagnostycznych jest niezbędne do prowadzenia leczenia przez lekarzy.

Z punktu widzenia zarządzania szpitalem istotna jest identyfikacja kosztów utrzymania i funkcjonowania pracowni diagnostycznych. Obok danych przychodowych i kosztowych równie ważne są dane dotyczące liczby przeprowadzonych badań na rzecz pacjentów. W przypadku małego wykorzystania pracowni diagnostycznej należałoby po prostu te usługi kupić na zewnątrz. Nie można przy tym pominąć faktu, że niektóre pracownie muszą funkcjonować w szpitalu niezależnie od przeprowadzonej liczby badań, np. USG. Lekarz musi mieć możliwość zrobienia tych badań bez większej zwłoki, gdyż czasami zależy od tego postawienie diagnozy, niekiedy także życie pacjenta i opracowanie planu jego leczenia.

Wdrożenie budżetu zakładu diagnostyki obrazowej, który jest częścią budżetu szpitala, pozwala na lepszą kontrolę kosztów oraz efektywności jego wykorzystania, jak i poszczególnych pracowni. Zwraca uwagę też zarządowi oraz samorządom na rzeczywiste wykorzystanie zasobów szpitala.

W każdym szpitalu powinny być opracowane i wdrożone rachunki wyników samego szpitala, a także poszczególnych jego obszarów działalności. Można jednak spotkać się z zarzutami – szczególnie kadry zarządzającej szpitali publicznych, że jest to niepotrzebne, ponieważ płatnik, czyli w praktyce Narodowy Fundusz Zdrowia, i tak płaci za procedury według swojego

¹⁰ Przykład kalkulacji kosztów przeprowadzenia badania USG jest opisany w pracy R. Kotapski, *Calculation and accounting of services costs in the hospital diagnostic laboratories* [w:] *Knowledge for Market Use 2015: Women in business in the Past and the Present*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2015, s. 409–412. Uwzględnia ona ilość zasobów wykorzystanych do przeprowadzenia badania diagnostycznego oraz koszt jednostkowy zasobów.

cennika. Nic bardziej mylnego. Mianowicie trudno negocjować warunki z płatnikiem bez przedstawienia rzetelnych wyliczeń. A temu właśnie służą rachunki wyników – aby przedstawić z jednej strony rentowność danego obszaru działalności, np. oddziału szpitalnego, pracowni diagnostycznej, a z drugiej strony – koszty ich działalności, które tym obszarom są przyporządkowane.

2.5. Budżet kosztów zakładu radioterapii

Szpitala, w zależności od ich specjalizacji oraz popytu na usługi w danym rejonie, mogą mieć różne pracownie. W szpitalach onkologicznych jedną z nich jest zakład radioterapii, w którego pracowniach prowadzi się naświetlania. W ramach takiego zakładu można wyróżnić koszty:

- bezpośrednie leczenia, w tym koszty zużycia materiałów medycznych i innych niezbędnych do przeprowadzenia leczenia, np. naświetlania;
- utrzymania sprzętu i aparatury medycznej;
- zasobów ludzkich;
- obsługi technicznej zakładu radioterapii;
- zakładu fizyki;
- recepcji pacjentów;
- ogólne zakładu radioterapii.

Koszty zakładu fizyki obejmują głównie koszty zasobów ludzkich, komputerów, licencji na bardzo specjalistyczne oprogramowanie, materiałów biurowych. Natomiast **koszty działalności modelarni** obejmują koszty osobowe pracowników modelarni oraz niezbędnego wyposażenia do wykonywania masek, np. materiałów, narzędzi, warsztatu.

Podobnie jak w zakładzie diagnostyki obrazowej, tak i tu zostały wyodrębnione koszty rejestracji pacjentów. Będą one ujęte w budżecie, jeśli będzie wyszczególniona odrębna rejestracja pacjentów do zakładu radioterapii ze względów organizacyjnych szpitala. W niektórych szpitalach jest jedno miejsce rejestracji pacjentów na oddział szpitalny oraz na badania realizowane przez poszczególne zakłady oraz ich pracownie. Zależy to głównie od indywidualnej organizacji szpitala oraz jego warunków lokalowych.

Wyodrębnione powyżej koszty są częścią budżetu zakładu radioterapii. W ramach tego zakładu funkcjonuje zakład fizyki oraz modelarnia. Zakład fizyki opracowuje m.in. czas naświetleń pacjenta na podstawie wytycznych lekarza prowadzącego. Natomiast pracownia modelarni przygotowuje tzw. maski. Maski służą do tego, by chronić obszar, który ma nie być naświetlany. Tym samym naświetlanie obejmuje tylko obszar wskazany przez lekarza. Tabela 60 przedstawia koszty działalności zakładu radioterapii.

Tabela 60. Koszty działalności zakładu radioterapii

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty bezpośrednie leczenia						
1.1	Koszty leczenia – brachyterapia						
1.2	Koszty leczenia – radioterapia						
2	Koszty utrzymania aparatury medycznej						
3	Koszty działalności modelarni						
4	Koszty działalności zakładu fizyki						
5	Koszty zasobów ludzkich						
5.1	Koszty zasobów ludzkich – lekarze						
5.2	Koszty zasobów ludzkich – pielęgniarki						
5.3	Koszty zasobów ludzkich – technicy						
6	Koszty rejestracji pacjentów						
7	Koszty ogólne zakładu radioterapii						
8	Razem koszty						
9	Koszty narastająco						
10	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Innym aspektem było rozliczenie kosztów zakładu fizyki, który jest elementem prowadzonych naświetlań. Zakład fizyki pracował też na rzecz innych działów szpitala, m.in. na potrzeby zakładu diagnostyki obrazowej. Stąd też należy opracować zasady kalkulacji kosztów badań i usług. W tym przypadku mamy dwa przedmioty kalkulacji kosztów: przeprowadzonego naświetlania jako leczenia pacjenta oraz kosztu usług wykonywanych przez zakład fizyki, głównie na rzecz pracowni zakładu diagnostyki obrazowej (USG, RTG, mammografia). Opracowanie zasad kalkulacji kosztów badań i usług realizowanych przez zakład radioterapii ma wpływ m.in. na ostateczny koszt leczenia pacjenta¹¹.

Całościowy układ budżetu jest zbliżony do budżetu zakładu diagnostyki obrazowej. W związku z tym w ramach budżetu zakładu radioterapii analogicznie można zbudować jego rachunek wyników. Uwzględnione w nim będą rozliczenia wewnętrzne względem oddziałów szpitalnych oraz przychody z realizacji usług zewnętrznych. Mogą to być tzw. świadczenia jednodniowego pobytu, czyli po wykonaniu naświetlania pacjent wypisywany jest do domu, pod warunkiem że jego stan zdrowia na to pozwala.

2.6. Budżet bloku operacyjnego

Blok operacyjny służy do przeprowadzania operacji pacjentów. Pomieszczenia do tego przeznaczone powinny spełniać określone wymagania. Na wyposażeniu bloku operacyjnego jest stół chirurgiczny, aparatura i sprzęt medyczny, niezbędne wyposażenie w narzędzia chirurgiczne, sterylizatory narzędzi, oświetlenie. Blok operacyjny musi mieć również niezależne zasilanie w energię elektryczną na wypadek braku prądu. W ramach bloku operacyjnego są też odpowiednie szafki i inne wyposażenie, które pozwala utrzymać i zabezpieczyć jego pracę.

Blok operacyjny może być mniej lub bardziej rozbudowany. Może składać się tylko z jednej sali operacyjnej, ale też i z kilku sal operacyjnych. Blok operacyjny, w tym jego poszczególne sale operacyjne wyposażone są w sprzęt i aparaturę medyczną w zależności od tego, jakie operacje są

¹¹ Szerzej w pracy R. Kotapski, *Identyfikacja kosztów...*, s. 64.

wykonywane. Koszty działalności bloku operacyjnego wyznaczają znajomość ciągu technologicznego operacji pacjenta oraz niezbędne zasoby do jej wykonania.

Koszty bezpośrednie operacji pacjenta obejmują koszty m.in.: zużycia leków i krwi, zużycia materiałów opatrunkowych, zużycia materiałów operacyjnych, zużycia sprzętu jednorazowego użytku, znieczulenia pacjenta, robocizny zespołu operacyjnego, pobytu pacjenta na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) bezpośrednio po operacji¹².

Koszty utrzymania i eksploatacji bloku operacyjnego to koszty związane w szczególności z:

- utrzymaniem sprzętu i aparatury medycznej, która jest na stanie bloku operacyjnego;
- konserwacją i remontami pomieszczeń oraz wyposażenia bloku operacyjnego;
- bieżącą sterylizacją bloku operacyjnego;
- utrzymaniem odpowiedniej czystości;
- wyposażeniem, np. mebli, stołów, materiałów biurowych;
- obsługą administracyjną bloku operacyjnego, np. sekretarz medyczny.

Są to w istocie koszty stałe utrzymania bloku operacyjnego.

Do tych kosztów należy zaliczyć następujące pozycje kosztów: amortyzację, leasing, części zamienne, usługi remontowe, usługi konserwacji, usługi serwisowe, ubezpieczenie i inne, które można **jednoznacznie** przyporządkować do bloku operacyjnego. W przypadku przypisania obsługi administracyjnej należy doliczyć koszty osobowe, tj. wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia, szkolenia, ubrania robocze.

W zależności od przyjętego modelu rachunku kosztów w szpitalu do kosztów bloku operacyjnego co do zasady należy zaliczyć **pielęgniarki instrumentariuszki**, które są przypisane organizacyjnie do bloku operacyjnego. Niemniej pielęgniarki instrumentariuszki traktowane są jako **koszty zasobów ludzkich** i mogą być też przypisane organizacyjnie do innej jednostki organizacyjnej.

¹² R. Kotapski, *Koszty utrzymania...*, s. 40.

Wyodrębnione istotne grupy kosztów działalności bloku operacyjnego są częścią budżetu kosztów bloku operacyjnego. Składa się on zatem z następujących elementów:

- kosztów rodzajowych i miejsc powstawania kosztów,
- kosztów bezpośrednich przeprowadzanych operacji,
- kosztów utrzymania sprzętu i aparatury medycznej,
- kosztów zasobów ludzkich,
- kosztów ogólnych działalności bloku operacyjnego,
- parametrów i wskaźników.

Schemat ideowy przykładowego budżetu zakładu diagnostyki obrazowej przedstawia rysunek 13.



Rysunek 13. Schemat ideowy przykładowego budżetu kosztów działalności bloku operacyjnego

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku oddziałów szpitalnych czy zakładu diagnostyki obrazowej elementem budżetu był rachunek wyników. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby i tu zastosować takie rozwiązanie. Niemniej w tym przypadku blok operacyjny traktowany jest tylko jako ośrodek odpowiedzialności za koszty. Każda operacja pacjenta powinna podlegać kalkulacji kosztów według

przyjętych zasad w szpitalu i rozliczana za pacjentem. Tym samym będzie znany łączny koszt leczenia pacjenta. Budżet kosztów działalności bloku operacyjnego w postaci tabelarycznej przedstawia tabela 61.

Tabela 61. Budżet kosztów działalności bloku operacyjnego

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty bezpośrednie realizacji operacji						
2	Koszty zasobów ludzkich						
3	Koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej						
4	Koszty ogólne bloku operacyjnego						
5	Razem koszty						
6	Koszty narastająco						
7	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Pozostają jeszcze koszty pośrednie, które należałoby przypisać do bloku operacyjnego. Blok operacyjny najczęściej mieści się w budynku szpitala, gdzie są również oddziały szpitalne, sale chorych, gabinety lekarskie. Stąd koszty pośrednie będą wynikały z rozliczeń kosztów utrzymania budynku, zużycia wody, zużycia energii elektrycznej (jeśli nie ma podlicznika), ogrzewania. Koszty te w szpitalach najczęściej rozlicza się za pomocą klucza rozliczeniowego kosztów pośrednich. Sposób ich przypisania wynika z prowadzonej polityki rachunkowości szpitala. Niemniej na potrzeby budżetowania dla potrzeb wewnętrznych można te koszty ujmować w kosztach utrzymania budynku. Natomiast na potrzeby kalkulacji usług zewnętrznych, tj. kosztów operacji pacjenta, należy następnie te koszty doliczyć.

2.7. Budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala

Przedmiotem działalności pomocniczej szpitala, a właściwie wspomagającej leczenie pacjentów jest: apteka, laboratoria analityczne, tlenownia, sterylizatornia, pralnia, kuchnia, magazyn czy też transport służący przemieszczaniu pacjentów do innych podmiotów leczniczych, np. na specjalistyczne badania.

W każdym szpitalu musi być **apteka**. Podstawowym jej zadaniem jest zaopatrywanie w leki gotowe, leki recepturowe oraz materiały i preparaty opatrunkowe pacjentów. W aptece zatrudnieni są farmaceuci z różnym stopniem specjalizacji. Zależy to w głównej mierze od wielkości szpitala, jego specjalizacji czy też rodzaju pacjentów szpitala. Częścią apteki jest pracownia, w której można przygotować leki recepturowe¹³, destylatornia, sterylizatornia, magazyn zapewniający prawidłowe przechowywanie środków farmaceutycznych, materiałów, preparatów opatrunkowych, pomieszczenie administracyjno-bytowe. Do zadań apteki szpitalnej¹⁴ należy m.in.:

- bieżące prowadzenie ewidencji przyjmowania i wydawania leków oraz środków opatrunkowych;
- sporządzanie zamówień miesięcznych i kwartalnych na leki, artykuły sanitarne, środki dezynfekcyjne, zioła, odczynniki laboratoryjne;
- sprawdzanie dat ważności leków, prowadzenie prawidłowej rotacji leków na oddziałach, wydawanie leków na oddziały osobom uprawnionym;
- sprawdzanie pod względem merytorycznym dokumentów dotyczących obrotu lekami;
- przechowywanie oryginałów recept i zapotrzebowań na leki oraz prowadzenie odpowiedniej dokumentacji rozliczeniowej;
- prowadzenie stosownej sprawozdawczości na potrzeby szpitala i jednostek zewnętrznych.

¹³ Funkcjonowanie apteki oraz kalkulacja kosztów sporządzania leków recepturowych zostały przedstawione w pracy A. Kowal, *Kalkulacja kosztów sporządzania leków recepturowych*, „Controlling i Zarządzanie” 2021, nr 1 (39), s. 27–31.

¹⁴ Opracowano na podstawie regulaminu organizacyjnego jednego ze szpitali onkologicznych.

Do kosztów działalności apteki zalicza się amortyzację środków trwałych i wyposażenia, np. komputery, regały, szafy, amortyzację wartości niematerialnych i prawnych, np. oprogramowania, zużycie materiałów, zużycie materiałów biurowych, usługi konserwacji i napraw, części zamiennych oraz koszty zatrudnienia farmaceutów.

Niektóre szpitale posiadają własne **laboratoria analityczne**, które wykonują różne niezbędne badania pacjentom szpitala lub przychodni, np. badania krwi, moczu. Na koszty jego działalności składają się najogólniej koszty zasobów ludzkich – laborantów, utrzymanie pracowni laboratoryjnej, które umożliwiają przeprowadzenie badań. Koszty samej pracowni dotyczą niezbędnych materiałów do badań, odczynników, naczyń laboratoryjnych, płytek, drobnego sprzętu laboratoryjnego czy też drobnego wyposażenia. Należy również pamiętać o niezbędnej specjalistycznej aparaturze medycznej, która jest na wyposażeniu laboratorium. Koszty utrzymania aparatury to przede wszystkim usługi kalibracji, usługi serwisowe, usługi konserwacji i napraw, części zamienne, amortyzacja.

W strukturze organizacyjnej szpitala występują też tlenownia, sterylizatornia, pralnia, kuchnia szpitalna.

Tlenowania dostarcza tlen dla pacjentów, który powinien być dostępny przy każdym łóżku pacjenta czy też podczas operacji pacjenta na sali operacyjnej. Może on być rozprowadzany przy pomocy instalacji tlenowej z tlenowni, najczęściej z butli tlenowych. Częścią systemu dostarczania tlenu do pacjentów jest również odpowiednia aparatura, która steruje poborem tlenu.

Sterylizatornia umożliwia dezynfekcję i wyjaławianie sprzętu, aparatury, narzędzi chirurgicznych, materiałów opatrunkowych i innych przedmiotów wymagających sterylizacji. Wyposażona jest w odpowiednie urządzenia. Podzielona jest na strefy:

- brudną, w której odbywają się procesy mycia i dezynfekcji;
- czystą, w której odbywa się kompletowanie zestawów narzędzi, bielizny i opatrunków do zabiegów operacyjnych;
- sterylną, która jest wyposażona w filtry ostatecznego oczyszczania, z której odbywa się dystrybucja materiału sterylnego zabezpieczonego na transport.

W niektórych szpitalach jest wyodrębniona **pralnia**, w której pierze się i prasuje bieliznę pacjentów, odzież ochronną, pościel, czyści chemicznie odzież, a także szyje i naprawiana odzież oraz pościel szpitalną. Czasami pralnia prowadzi magazyn bielizny. Na jej wyposażeniu są różne urządzenia – pralki, prasownica. Musi ona spełniać określone przepisy bezpieczeństwa oraz posiadać odpowiednią wentylację.

Kuchnia szpitalna przygotowuje posiłki dla pacjentów. Należy pamiętać, że żywienie pacjenta jest elementem jego leczenia. Jest ona odpowiednio wyposażona w urządzenia, które pozwalają przygotować różne posiłki. Muszą one uwzględniać indywidualne potrzeby pacjentów, które wynikają ze stanu zdrowia pacjenta oraz zaleceń lekarza.

Koszty działalności tych jednostek organizacyjnych szpitala uwzględniają zużycie materiałów, usługi konserwacji i napraw, usługi serwisowe, zatrudnienie pracowników. W przypadku gdy np. tlenownia znajduje się w innym budynku, należy uwzględnić koszty utrzymania budynku. W zależności od przyjętej struktury budżetu kosztów działalności szpitala koszty utrzymania budynku mogą znajdować się w budżecie kosztów utrzymania infrastruktury.

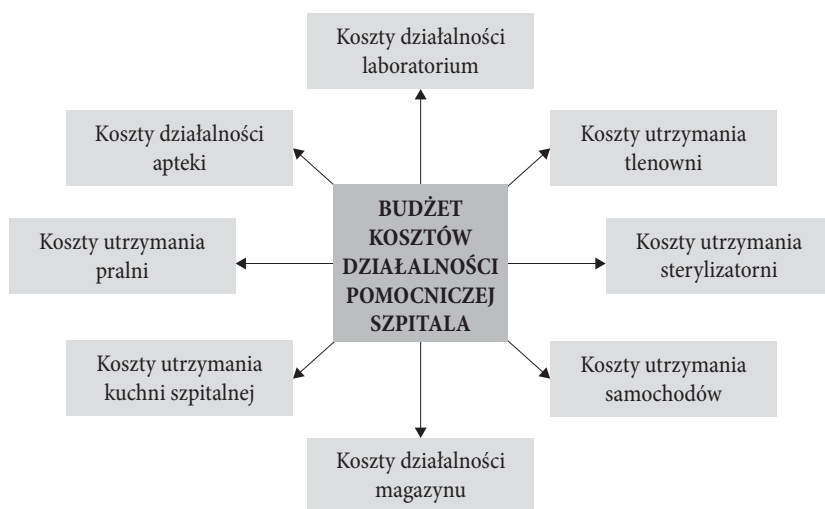
W szpitalu zazwyczaj mieści się **magazyn** lub kilka mniejszych magazynów np. pościeli. W zależności od organizacji gospodarki magazynowej koszty te dotyczą w szczególności zatrudnienia pracowników przypisanych organizacyjnie do magazynu, jego wyposażenia (np. regały, wagi, komputery) oraz niezbędnych materiałów do prowadzenia gospodarki magazynowej, np. opakowania, materiały biurowe.

Szpitalę często dysponują **samochodami** transportu sanitarnego, czyli samochodami do transportu pacjentów. Bardziej specjalistyczny transport pacjenta raczej jest zlecany. Ponadto na stanie szpitala mogą być też samochody osobowe lub dostawcze. Generalnie do kosztów utrzymania samochodów można zaliczyć: amortyzację lub opłaty leasingowe, zużycie paliwa, części zamienne, przeglądy, usługi konserwacji i napraw, usługi serwisowe, ubezpieczenie. Dla potrzeb skutecznego planowania i kontroli kosztów utrzymania samochodów w budżecie kosztów działalności pomocniczej powinno wyodrębniać się koszty każdego samochodu.

Wymienione koszty działalności tych jednostek organizacyjnych szpitala stanowią elementy budżetu kosztów działalności pomocniczej szpitala. Składa się on z kosztów:

- poszczególnych jednostek organizacyjnych jako wydzielonych miejsc powstawania kosztów;
- zasobów;
- rodzajowych.

Schemat ideowy budżetu kosztów działalności pomocniczej szpitala przedstawia rysunek 14.



Rysunek 14. Schemat ideowy budżetu kosztów działalności pomocniczej szpitala

Źródło: opracowanie własne.

Budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala musi uwzględniać koszty poszczególnych jednostek organizacyjnych wspierających leczenie pacjentów. Ich wewnętrzna struktura może być zróżnicowana w zależności od szpitala i jego rozwiązań organizacyjnych. Przykładowy budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala został przedstawiony w tabeli 62.

Tabela 62. Budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty działalności apteki						
2	Koszty działalności laboratorium						
3	Koszty utrzymania tlenowni						
4	Koszty utrzymania sterylizatorni						
5	Koszty utrzymania pralni						
6	Koszty utrzymania kuchni szpitalnej						
7	Koszty działalności magazynu						
8	Koszty utrzymania samochodów						
9	Razem koszty						
10	Koszty narastająco						
11	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

W niektórych szpitalach koszty działalności pomocniczej są dzielone na tzw. koszty działalności pomocniczej medycznej i niemedycznej. Do kosztów działalności pomocniczej medycznej zalicza się np. aptekę, tlenownię, punkt krwiodawstwa, rejestrację chorych. Natomiast do kosztów działalności pomocniczej niemedycznej zalicza się np. koszty pralni, koszty działalności kuchni, warsztaty obsługi technicznej, transport wewnętrzny¹⁵. Z punktu widzenia zawartości i sporządzania budżetu nie jest to problem. Istotne jest, aby te miejsca powstawania kosztów były wyodrębnione.

¹⁵ Autor pracy (*Rachunkowość i sprawozdawczość...*, red. M. Hass-Symotiuk, s. 444–445) sam nie może się zdecydować, czy kuchnia jest częścią medyczną, czy niemedyczną działalności pomocniczej.

Działalność podstawowa medyczna nie może być sprawnie realizowana np. bez badań laboratoryjnych lub apteki. Trudno przeprowadzić badanie pacjenta czy też operację bez podawania tlenu i wysterylizowania narzędzi. Dlatego podział na działalność podstawową i pomocniczą, choć być może uzasadniony historycznie, traci sens z punktu widzenia zarządzania szpitalem, a także zarządzania jego kosztami, w tym kształtowania jego budżetów częściowych. Należy zawsze patrzeć na cały „łańcuch wartości” – w tym przypadku kosztów leczenia pacjenta.

Równocześnie rozwinął się rynek usług wspomagających działalność szpitali. W związku z tym szpitale wiele czynności wspomagających zlecają podmiotom zewnętrznym. Dotyczą one m.in. obsługi kuchni, badań laboratoryjnych, usług pralniczych. W niektórych szpitalach laboratoria analityczne też są obsługiwane przez zewnętrzne podmioty. W związku z tym w kosztach jednostek organizacyjnych, np. oddziału szpitalnego, będzie pozycja kosztów usług za pranie odzieży pacjentów czy pościeli od podmiotu zewnętrznego. W konsekwencji wymienione jednostki, np. pralnia, lub zasoby, np. samochód, wymienione w tabeli 62 będą redukowane lub likwidowane. Stąd w założeniu ich koszty też będą maleć lub będą eliminowane. Dlatego także budżet działalności pomocniczej może przybierać różne formy. Może on obejmować np. tylko tlenownię, sterylizatornię i aptekę. Natomiast koszty utrzymania samochodów, magazynu mogą znajdować się w budżecie kosztów ogólnych działalności szpitala. Istotne przy tym jest wyodrębnienie tych miejsc powstawania kosztów w budżecie szpitala. Natomiast, w którym budżecie częściowym się one znajdują, to już jest sprawa drugorzędna.

W dzisiejszym otoczeniu gospodarczym podmiotu i rozwoju usług outsourcingowych podział na działalność podstawową i pomocniczą szpitala traci na znaczeniu. W efekcie stosowania różnych form outsourcingu i restrukturyzacji struktur to, co dotychczas było działalnością pomocniczą i uboczną, zostało już wyprowadzone na zewnątrz¹⁶. Dlatego istotne jest zwrócenie uwagi na koszty działalności tych jednostek organizacyjnych przy projektowaniu budżetu kosztów tego wymienionego obszaru działalności szpitala.

¹⁶ M. Kawa, *Outsourcing finansowo-księgowy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2017, s. 30.

2.8. Budżet kosztów infrastruktury ogólnej szpitala

W każdym przedsiębiorstwie lub instytucji ponoszone są koszty utrzymania infrastruktury ogólnej. Do infrastruktury ogólnej można zaliczyć budynki, w których znajdują się jednostki organizacyjne, np. szpital, przychodnia, administracja czy też garaże i wiaty. Do tej grupy zalicza się również utrzymanie parkingów, utrzymanie zieleni, w tym roślinności i drzew ozdobnych, utrzymanie czystości, ochrony i zabezpieczenie terenu szpitala. Wokół budynków znajdują się drogi dojazdowe, płoty, kubły na śmieci, ogrodzenia, znaki drogowe i tablice informacyjne. W związku z tym ponoszone są koszty utrzymania infrastruktury. Poniżej te grupy kosztów zostaną krótko omówione.

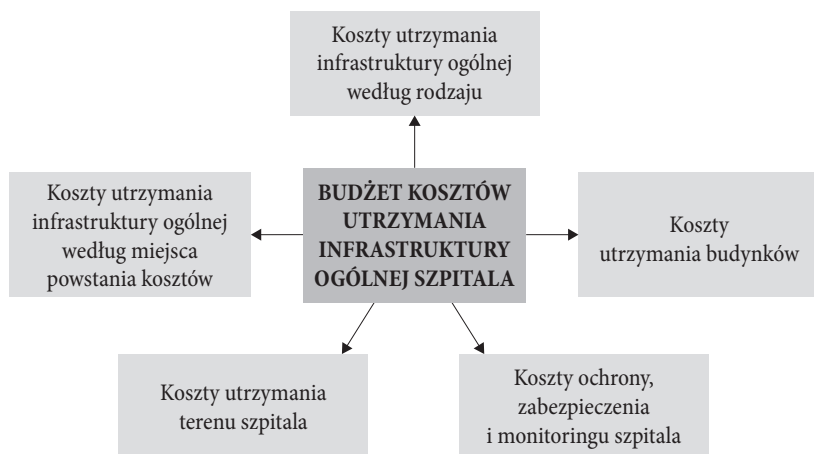
Koszty utrzymania budynku dotyczą ogrzewania, konserwacji i napraw, remontów, utrzymania czystości, podatku od nieruchomości, obowiązkowych przeglądów technicznych i przeciwpożarowych, ubezpieczenia, kontroli stanu technicznego budynku, dezynsekcji i deratyzacji. Ponoszone koszty pozwalają utrzymać budynek w odpowiednim stanie technicznym i użytkowym.

Koszty utrzymania terenu wokół budynków szpitala czy też innych budynków związane są z pielęgnacją zieleni oraz utrzymaniem porządku na terenie szpitala. Zakres ten dotyczy w szczególności kosztów usług komunalnych (wywózka śmieci), usług pielęgnacji zieleni, nasadzeń roślinności, usług dotyczących konserwacji i naprawy ogrodzenia oraz małej infrastruktury czy też chodników, ścieżek, dróg dojazdowych. W związku z tym część tych zadań może być realizowana przez własnych pracowników, co wiąże się z ich wyposażeniem, zakupem materiałów lub też usług zlecanych na zewnątrz.

Koszty ochrony, zabezpieczenia i monitoringu szpitala oraz terenu wokół niego dotyczą kosztów związanych z utrzymaniem w stanie technicznym pozwalającym na normalną, nieprzerwaną eksploatację stosowanego przez szpital systemu ochrony, zabezpieczenia i monitoringu kamer. Są to koszty części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, wynagrodzeń pracowników wykonujących prace ochrony, serwisu monitoringu, usuwania awarii lub koszty przedsiębiorstw zajmujących się ochroną mienia.

Charakterystyka i wyodrębnienie poszczególnych grup kosztów będzie zależała od istotności i wysokości tych kosztów. Ponadto należy wziąć

pod uwagę potrzeby informacyjne kadry zarządzającej, sprawozdawczości zewnętrznej czy też potrzeb rozliczeń tych kosztów na potrzeby kalkulacji kosztów usług realizowanych przez szpital i jego jednostki organizacyjne jak np. zakład diagnostyki obrazowej. Wyodrębnienie kosztów tego obszaru jest podstawą do konstrukcji budżetu kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala. Schemat ideowy tego budżetu przedstawia rysunek 15.



Rysunek 15. Schemat ideowy budżetu kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej

Źródło: opracowanie własne.

Budżet kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej uwzględnia poszczególne grupy kosztów, które zostały wcześniej wyodrębnione. Powinno być to poprzedzone dokładną analizą tej grupy kosztów. Nie chodzi bowiem o to, aby budżet kosztów był zbyt drobiazgowy. Ma być tak skonstruowany, aby można łatwo planować, weryfikować oraz kontrolować te koszty. Przykład układu budżetu kosztów infrastruktury ogólnej szpitala przedstawia tabela 63.

Tabela 63. Budżet kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty utrzymania budynków						
1.1	Budynek szpitala						
1.2	Budynek przychodni specjalistycznej						
1.3	Budynek administracyjno- gospodarczy						
2	Koszty utrzymania terenu szpitala						
3	Koszty ochrony, zabezpieczenia i monitoringu szpitala						
4	Koszty Działu Gospodarczego						
5	Razem koszty						
6	Koszty narastająco						
7	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 63 w ramach budżetu kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala wyodrębniono koszty poszczególnych budynków. W praktyce są to koszty stałe działalności szpitala. Stąd nie warto ich ujmować łącznie. Gubi się wtedy możliwość indywidualnego planowania i kontrolowania kosztów poszczególnych budynków, zwłaszcza gdy są one przeznaczone do innych zadań, np. budynek szpitalny i budynek administracyjny. W konsekwencji przy braku wyszczególnienia budynków w budżecie, i tym samym w ewidencji kosztów, zazwyczaj nie zwraca się bacznej uwagi na ponoszone koszty. Dlatego też wiele pozycji kosztów umyka zarządzającym.

Każda grupa kosztów, która jest elementem budżetu kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala, musi być odpowiednio zbudowana. Wymienione grupy kosztów wyróżniają się indywidualną charakterystyką kosztów i ich wysokością. Stąd też wydzielamy w budżecie istotne miejsca powstawania kosztów, jak np. budynki. Koszty utrzymania budynku zostały przedstawione w tabeli 64.

Tabela 64. Koszty utrzymania budynku

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
2.1	Części zamienne						
2.2	Zużycie środków czystości						
2.3	Zużycie materiałów pozostałych						
2.4	Niskocenne środki trwałe						
3	Zużycie energii						
3.1	Zużycie energii elektrycznej						
3.2	Zużycie gazu						
4	Usługi obce						
4.1	Usługi remontowe						
4.2	Usługi konserwacji i naprawy						
4.3	Przeglądy techniczne						
4.4	Usługi informatyczne						
4.5	Usługi projektowe						
4.6	Usługi wywozu śmieci						
4.7	Usługi porządkowe						
4.8	Usługi ochrony i monitoringu						
4.9	Pozostałe usługi obce						
5	Podatki i opłaty						
5.1	Podatek od nieruchomości						
5.2	Opłaty sądowe i skarbowe						
5.3	Pozostałe opłaty						
6	Pozostałe koszty rodzajowe						
6.1	Ubezpieczenie majątkowe						
6.2	Ubezpieczenie OC						
6.3	Pozostałe koszty						
7	Razem koszty						
8	Koszty narastająco						
9	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Planowanie poszczególnych pozycji kosztów musi uwzględniać ich charakter i zachowanie w czasie. W przypadku kosztów utrzymania budynków takie pozycje kosztów jak np. amortyzacja, podatek od nieruchomości, ubezpieczenie są to koszty bezwzględnie stałe. Pozycje kosztów dotyczące np. konserwacji, przeglądów technicznych czy przeciwpożarowych należy planować zgodnie z harmonogramami wynikającymi z przepisów prawa oraz wytycznych nadzoru technicznego. Niektóre czynności serwisowe dotyczące instalacji w budynku wynikają z harmonogramu usług serwisowych. Sporządzany jest on na podstawie dokumentacji technicznej i zaleceń producenta lub też wynika z udzielonych gwarancji. Natomiast koszty zużycia materiałów, części zamiennych będą następstwem bieżących potrzeb lub realizowanych napraw, które wynikają z codziennej eksploatacji. Takie pozycje zaliczane są do kosztów zmiennych.

Trochę inaczej wygląda planowanie kosztów zużycia energii elektrycznej. Należy wziąć pod uwagę ilość jej zużycia oraz koszt jednostkowy z uwzględnieniem różnych taryf i ich składowych; w przypadku ogrzewania – pory roku. Należy również uwzględnić podpisane umowy z dostawcami tych mediów.

Istotnym czynnikiem planowania kosztów zużycia mediów jest ich opomiarowanie. Wymaga to zainstalowania podliczników obok licznika głównego. Pozwoli to z jednej strony na bardziej precyzyjnie planowanie kosztów zużycia mediów, a z drugiej na kontrolę w poszczególnych istotnych miejscach, tj. w tym przypadku w budynkach. Nowoczesne, tzw. inteligentne budynki mają wbudowane systemy opomiarowania i sterowania budynkiem. Dotyczy to m.in. oświetlenia, ogrzewania, elementów bezpieczeństwa (czujniki). Ponadto w budynku są też instalacje przywoławcze, doprowadzające tlen. Koszty tych instalacji też muszą być uwzględnione.

W przypadku kosztów utrzymania terenu szpitala oraz ochrony, zabezpieczenia i monitoringu szpitala pozycje kosztów będą zbliżone. Będzie ich mniej. W zasadzie dotyczą głównie kosztów zużycia materiałów i usług.

W zależności od przyjętych rozwiązań organizacyjnych i wielkości szpitala koszty pracowników zajmujących się utrzymaniem czystości czy też utrzymania i zabezpieczenia infrastruktury, np. konserwatorów można ujmować bezpośrednio w wyszczególnionych grupach kosztów lub też wydzielić je odrębnie. Mogą być też ujmowane w budżecie kosztów ogólnego

zarządu. Należy przy tym kierować się głównie zadaniami, które wykonują poszczególni pracownicy. Jednym z rozwiązań jest wyodrębnienie w strukturze organizacyjnej działu gospodarczego, którego pracownicy zajmują się utrzymaniem czystości w budynkach, utrzymaniem terenu, drobnymi naprawami. Nie są oni zatem umiejscowieni w konkretnym miejscu, ale odpowiadają za wszystkie obiekty na terenie szpitala. Koszty tego działu można umiejscowić w budżecie kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej lub też w budżecie kosztów ogólnych działalności szpitala. W tym przypadku koszty działu gospodarczego zostały ujęte w budżecie kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej. Do kosztów tego działu należy zaliczyć koszty osobowe oraz jego wyposażenie w narzędzia i materiały niezbędne do przeprowadzania napraw, urządzenia miernicze.

2.9. Budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala

Koszty ogólnego zarządu w literaturze dotyczącej rachunkowości definiuje się na ogół jako koszty związane z utrzymaniem zarządu przedsiębiorstwa oraz z organizacją przedsiębiorstwa jako całości. Najczęściej koszty ogólnego zarządu dzieli się na koszty administracyjno-gospodarcze i koszty ogólnoprodukcyjne¹⁷. Podział ten wynika z długoletnich przyzwyczajeń księgowych. Na ogół jest on wystarczający dla małych podmiotów. Większym nie pozwala na realną kontrolę tych kosztów i w praktyce „zaciemnia” obraz działalności podmiotu, nie mówiąc o ich rzeczywistym planowaniu, kontroli i rozliczeniu na potrzeby zarządzania szpitalem czy też porównywaniu kosztów z przedsiębiorstwami specjalizującymi się w obsłudze podmiotów gospodarczych w zakresie m.in.: księgowości, kadr i płac, obsługi informatycznej.

Koszty ogólnego zarządu dotyczą funkcjonowania szpitala jako całości. W zależności od jego wielkości i jego struktury organizacyjnej najczęściej wyodrębnia się koszty:

¹⁷ Por. J. Gierusz, *Plan kont z komentarzem. Handel. Produkcja. Usługi*, ODDK, Gdańsk 2009, s. 520–522; *Leksykon rachunkowości*, red. E. Nowak, PWN, Warszawa 1996, s. 92; M. Pałka, *Zakładowy plan kont dla jednostek prowadzących działalność gospodarczą*, EKSPERT Wydawnictwo i Doradztwo, Wrocław 2009, s. 439; W. Turowska, A. Węgrzyn, *Rachunkowość*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2013, s. 173.

- zarządzania i obsługi szpitala,
- utrzymania budynków administracyjnych i ogólnego przeznaczenia,
- ochrony i utrzymania zieleni,
- dotyczące całości działalności szpitala.

Koszty utrzymania budynków, ochrony i utrzymania zieleni zostały już omówione wcześniej. Natomiast poniżej scharakteryzowano koszty zarządzania i obsługi szpitala oraz koszty dotyczące działalności szpitala jako całości.

Koszty zarządzania i obsługi szpitala dotyczą wyodrębnionych działów administracyjnych. Najczęściej wydzielane są koszty zarządzania szpitalem, działu księgowości, działu kadr, działu administracyjnego, działu informatyki, samodzielnych specjalistów, np. do spraw controllingu, do spraw ochrony przeciwpożarowej. Są to głównie koszty wynagrodzeń z narzutami, świadczeń na rzecz pracowników, szkoleń, podróży służbowych, literatury fachowej, usług telekomunikacyjnych i wyposażenia miejsca pracy czy też amortyzacji wartości niematerialnych i prawnych.

Inne koszty ponoszone w związku z działalnością szpitala o charakterze ogólnym, które nie mogą być przypisane do jednostek organizacyjnych, wyodrębnionych miejsc powstawania kosztów, to m.in. koszty: zgromadzenia wspólników, obsługi prawnej, obsługi informatycznej, usług bankowych, w tym utrzymania rachunków bankowych lub innych usług bankowych, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, ubezpieczenia działalności szpitala jako całości, wdrożenia systemów informatycznych, np. wspierających controlling, organizacji ogólnych szkoleń.

Klasyfikacja i wyodrębnianie grup kosztów ogólnych działalności szpitala będzie zależeć od kilku czynników¹⁸:

- potrzeb informacyjnych zarządzających szpitalem,
- jego wielkości,
- struktury organizacyjnej szpitala,
- przyjętego podziału kompetencji,
- przyjętych zasad planowania i kontroli ponoszonych kosztów w szpitalu,
- wysokości ponoszonych kosztów w tym obszarze działalności szpitala.

¹⁸ Por. R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 249.

Powyższe czynniki będą determinowały budowę układu budżetu kosztów zarządzania i obsługi szpitala. Schemat ideowy tego budżetu przedstawia rysunek 16.



Rysunek 16. Schemat ideowy budżetu kosztów zarządzania i obsługi szpitala

Źródło: opracowanie własne.

Budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala obejmuje koszty związane z zarządzaniem i obsługą szpitala. Uwzględnia on jednostki o charakterze administracyjnym oraz koszty ogólnie działalności szpitala. Tabela 65 przedstawia przykładowy budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala, który został opracowany w jednym ze szpitali. Uwzględnia on przede wszystkim potrzeby informacyjne zarządzających oraz jego rozbudowaną strukturę organizacyjną.

Tabela 65. Budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty Rady Nadzorczej						
2	Koszty zarządzania szpitalem						
3	Koszty Działu Administracyjnego						
4	Koszty Działu Służb Pracowniczych						
5	Koszty Działu Finansowo-Księgowego						
6	Koszty Działu Rozliczeń i Sprzedaży						
7	Koszty Działu Zamówień Publicznych						
8	Koszty Działu IT						
9	Koszty stanowisk samodzielnych						
10	Koszty ogólne działalności szpitala						
11	Razem koszty						
12	Koszty narastająco						
13	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne na podstawie instrukcji budżetowych szpitala. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

Zakres działalności poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz stanowisk samodzielnych określa regulamin organizacyjny szpitala. W ramach poszczególnych działów są wyznaczane zadania do wykonania, np. dział kadr może odpowiadać za planowanie szkoleń pracowników. Podział taki zapewni lepsze warunki do planowania i kontroli kosztów ich działalności, a także zapewni bieżące porównanie kosztów procesów wewnętrznych z zewnętrznymi, np. kosztów obsługi kadrowej w szpitalu. Rachunek

ekonomiczny wskazuje, że czasami korzystniej jest zlecić na zewnątrz pewne prace¹⁹.

Należy jednak pamiętać, że przeniesie procesów do zewnętrznego podmiotu niesie ze sobą szanse i zagrożenia. Do tych szans można zaliczyć np. redukcję kosztów, wykorzystanie specjalistycznych narzędzi informatycznych, zdobycie nowego *know-how* i nowych technologii, dostęp do wysokiej klasy specjalistów. Natomiast zagrożeniem może być niewłaściwa realizacja umowy, brak akceptacji przez pracowników szpitala, niewłaściwe przekazanie procesów na zewnątrz, opór przed nowymi technologiami informatycznymi. Stąd decyzja o wyprowadzeniu niektórych zadań realizowanych do tej pory siłami wewnętrznymi do specjalistycznych podmiotów musi być bardzo dobrze przemyślana²⁰.

Działalność każdego z działów powinna być objęta budżetem kosztów, gdyż w przeciwnym razie nie można planować ani kontrolować jego działalności. Koszty funkcjonowania działu o charakterze administracyjnym zostaną omówione na przykładzie działu finansowo-księgowego²¹, który został przedstawiony w tabeli 56.

¹⁹ Zob. M. Kawa, *O przyczynach ograniczających efekty outsourcingu funkcji i zadań działu finansowo-księgowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2012, nr 251, s. 245–258.

²⁰ Opis szans i zagrożeń dotyczących np. outsourcingu controllingu znajduje się w artykule M. Kawa, M. Prządo, *Outsourcingu controllingu – szanse i zagrożenia*, „Controlling i Zarządzanie” 2017, nr 3 (17), s. 33–35.

²¹ Przykład opracowano na podstawie instrukcji sporządzania budżetu kosztów zarządzania i obsługi szpitala. Wykorzystano również prace: R. Kotapski, *Jak przygotować budżet działu księgowości*, „Biuletyn Rachunkowości i Finansów” 2006, nr 8, s. 41–44; R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 258–260; R. Kotapski, R. Kowalak, G. Lew, *Rachunek kosztów...*, s. 280–281.

Tabela 66. Koszty działu finansowo-księgowego

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
2.1	Zużycie materiałów biurowych						
2.2	Prenumeraty i literatura fachowa						
2.3	Zużycie materiałów pozostałych						
2.4	Wypożyczenie						
2.5	Pozostałe materiały						
3	Usługi obce						
3.1	Usługi telekomunikacyjne						
3.2	Usługi informatyczne						
3.3	Usługi doradcze						
3.4	Usługi prawne						
3.5	Usługi obce pozostałe						
4	Wynagrodzenia						
4.1	Wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę						
4.2	Wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych						
5	Ubezpieczenia społeczne i narzuty						
5.1	ZUS						
6	Świadczenia na rzecz pracowników						
6.1	Badania pracowników						
6.2	Szkolenia, studia						
6.3	Pozostałe świadczenia na rzecz pracowników						
7	Pozostałe koszty rodzajowe						

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
7.1	Podróże służbowe						
7.2	Pozostałe koszty						
8	Razem koszty						
9	Koszty narastająco						
10	Struktura %						
11	Liczba pracowników etatowych						
12	Koszt na pracownika zł/os.						
13	Liczba godzin do przepracowania rbg						
14	Koszt jednej roboczogodziny zł/rbg						

Źródło: opracowanie własne.

Koszty działalności działu finansowo-księgowego mają charakter kosztów działu administracyjnego. W praktyce w formularzu budżetowym dotyczącym jego kosztów będą więc ujęte tylko pozycje kosztów wartościowo i ich udział w całości kosztów działu, czyli struktura kosztów działu. Dla potrzeb informacyjnych i analitycznych można w formularzu dodać następujące dane:

- liczbę pracowników etatowych,
- koszt na pracownika,
- liczbę godzin do przepracowania,
- koszt jednej roboczogodziny.

Przedstawione parametry i wskaźniki pozwolą planować koszty działalności działu z wykorzystaniem systemu informatycznego wspomagającego system budżetowania na podstawie historii danych.

W pierwszej kolejności należy dokonać identyfikacji zasobów działu finansowo-księgowego. Dział finansowo-księgowy zatrudnia pracowników, dla których muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy na danym

stanowisku. Czasami też zatrudniane są osoby na umowę zlecenia w ramach zastępstwa lub w przypadku większych okresowych prac związanych np. z archiwizacją dokumentów. Zatrudnienie pracownika wiąże się z wypłatą wynagrodzeń i z innymi kosztami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi czy też świadczeniami na rzecz pracowników, np. obowiązkowymi badaniami okresowymi.

Księgowość szpitala jest obsługiwana zazwyczaj za pomocą wybranego programu finansowo-księgowego, który jest często elementem systemu klasy ERP. Wiąże się to z tym, że należy dysponować komputerami i specjalistycznym oprogramowaniem do obsługi księgowości. Posiadanie specjalistycznego oprogramowania finansowo-księgowego najczęściej wiąże się z opłatami licencyjnymi i jego obsługą przez dostawcę oprogramowania. Zazwyczaj również niezbędne są ogólne usługi informatyczne dotyczące funkcjonowania sieci komputerowej, obsługi komputerów, drukarek.

Przepisy w zakresie rachunkowości i podatków należą do tych, które są zmieniane najczęściej, a urzędy skarbowe, ZUS czy kancelarie prawne różnie je interpretują. Pracownicy muszą więc uczęszczać na specjalistyczne szkolenia, korzystać z usług kancelarii prawnych lub doradców podatkowych czy też specjalistycznych serwisów informacyjnych. Pracownicy działu finansowo-księgowego również prenumerują specjalistyczne czasopisma, biuletyny dotyczące rachunkowości i podatków czy też mają dostęp elektroniczny do specjalistycznych płatnych portali. Stanowią one dla nich bieżące źródło informacji o planowanych zmianach lub o wprowadzanych rozwiązaniach.

Z wyjazdami na szkolenia wiążą się koszty podróży służbowych. Dotyczą one przejazdów środkami komunikacji publicznej lub też samochodami służbowymi i prywatnymi oraz noclegów, a także należnych diet. Przy okazji planowania szkoleń również i te pozycje należy uwzględnić, gdyż czasami ich wysokość stanowi znaczny udział w całkowitych kosztach potencjalnego szkolenia (koszty szkoleń, delegacji i podróży służbowych).

W wielu szpitalach w budżetach kosztów poszczególnych działów ujmuje się również usługi telekomunikacyjne. Zazwyczaj wyznacza się z góry określone limity kosztów w tym zakresie.

Kolejną pozycją są materiały biurowe, jak np. papier, tonery. W tej kwestii przyjmuje się różne rozwiązania. Planowane koszty w tym względzie

ujmuje się ryczałtem, a czasami z podziałem na grupy kosztów dotyczących np. tonerów, papieru, pozostałe.

Podsumowując, należy stwierdzić, że na działalność działu finansowo-księgowego składają się następujące koszty: wynagrodzenia z narzutami, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzacja, usługi telekomunikacyjne, usługi informatyczne, inne usługi obce, podróże służbowe, prenumerata czasopism i literatury fachowej, podróże służbowe, zużycie materiałów biurowych i pozostałe koszty, które ponoszone są okazjonalnie.

Dla każdego działu, który jest elementem budżetu kosztów zarządzania i obsługi szpitala, należy zaplanować koszty jego działalności. Najczęściej taki budżet sporządza controller w porozumieniu z poszczególnymi kierownikami działów z uwzględnieniem założeń budżetowych zatwierdzanych przez zarząd.

Rozdział 3

Budżetowanie innych podmiotów leczniczych

3.1. Budżet przychodni zdrowia

Zakres działalności przychodni jest zróżnicowany. Generalnie oferują one świadczenia zdrowotne, czyli działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia (zob. art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.). Można generalnie wyróżnić przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej oraz przychodnie specjalistyczne. Ich zakres działalności będzie też zależał od przyjętego modelu biznesowego, niezależnie od tego, czy będą one miały podpisaną umowę na świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też będą realizować świadczenia zdrowotne tylko komercyjnie.

Przychodnie mają zazwyczaj wydzielone poradnie¹. W zależności od zakresu działalności mogą to być: poradnia ogólna, poradnia dziecięca, poradnia ginekologiczna i położnictwa, opieka pielęgniarki i położnej. Ponadto przychodnia ma też gabinet zabiegowy i punkt szczepień ochronnych. Jest to przykład małej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. POZ, która realizuje podstawowe świadczenia zdrowotne. Wynikają one z podstawowego zapotrzebowania odbiorców.

Innym przykładem jest przychodnia komercyjna, która oferuje porady lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, neurologa, laryngologa, ginekologa, alergologa, neurochirurga, urologa, ortopedy, dermatologa, neurologa dziecięcego, psychiatry, gastroenterologa, kardiologa. Oferuje również

¹ Opracowano na podstawie zakresu działalności i ofert przychodni zdrowia, które są na ich stronach internetowych.

badania USG, RTG, EKG, spirometrii, audiometrii. Posiada też gabinety zabiegowe. Z kolei inna placówka tej samej sieci komercyjnej świadczy porady specjalistów lekarza medycyny pracy, laryngologa, okulisty, neurologa, lekarza rodzinnego.

Osobną grupą przychodni są przychodnie specjalistyczne, które często są częścią szpitali. Ich głównym celem jest kontynuowanie leczenia oraz opieka nad pacjentem, który był leczony w szpitalu. Chodzi tu o zachowanie ciągłości leczenia i profilaktyki. Zatrudnieni tam lekarze zazwyczaj pracują równocześnie w przychodni specjalistycznej i oddziale szpitalnym. Pozwala to tym samym zachować ciągłość leczenia przez tego samego lekarza. Rodzaje poradni w przychodni specjalistycznej wynikają najczęściej ze specjalizacji szpitala. Wykorzystuje się bowiem lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalu do realizacji różnych zadań w ramach prowadzonej przez szpital przychodni specjalistycznej.

W jednej z przychodni specjalistycznych, która działa przy szpitalu powiatowym, działają poradnie: chirurgiczna, neurologiczna, urologiczna, otolaryngologiczna, dermatologiczna, okulistyczna, kardiologiczna², endokrynologiczna i onkologiczna. Poradnie te mogą funkcjonować dzięki racjonalnemu wykorzystaniu zasobów szpitala, np. w postaci wykonania specjalistycznych badań bez wysyłania pacjenta do innych punktów. Tym samym zwiększa to efektywność posiadanych zasobów przez szpital, co też powinno wpływać na jego lepszą sytuację ekonomiczną. Jest to także wygodne dla pacjenta.

W przypadku funkcjonowania powiatowych centrów zdrowia przychodnie realizują często dodatkowe zadania, np. w zakresie medycyny szkolnej, działalności pielęgniarstwa środowiskowej. Te zadania zależą od przyjętego zakresu działalności konkretnej przychodni opieki zdrowotnej oraz podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także podejmowanych działań z różnymi partnerami. Może to dotyczyć np. realizacji programu zdrowotnego, który finansuje powiat, gmina czy też inny płatnik.

Przychodnie stomatologiczne w praktyce w całości wyodrębniły się jako niezależne gabinety stomatologiczne. Funkcjonują one jako odrębne,

² W pracy I. Maciejewska, R. Kotapski, *Budżet działalności...*, s. 49–53, został opisany zakres i koszty działalności poradni kardiologicznej.

niezależne prywatne gabinety stomatologiczne prowadzone przez ich właścicieli. Powstały też kliniki stomatologiczne, które oferują większy zakres świadczeń zdrowotnych. W ich skład wchodzi gabinety stomatologiczne, specjalistyczna aparatura medyczna, poradnie i pracownie protetyczne czy też poradnie ortodontyczne. Zazwyczaj wymagają one większych nakładów finansowych do ich otwarcia i funkcjonowania.

Podstawowym zadaniem przychodni jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Realizacja tych usług wymaga posiadania m.in. odpowiedniej kadry, tj. lekarzy specjalistów, pielęgniarek, gabinetów lekarskich i ich wyposażenia. Również w przypadku poradni, np. stomatologicznych, ginekologicznych, okulistycznych, muszą one być odpowiednio wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną. Każda przychodnia musi też posiadać miejsce świadczenia usług zdrowotnych. Może to być własny budynek lub wynajęty i dostosowany do potrzeb realizacji świadczeń zdrowotnych.

W ramach **kosztów związanych z działalnością przychodni** można wyróżnić koszty poszczególnych poradni, w tym koszty zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, utrzymania gabinetów lekarskich i gabinetów zabiegowych, utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, rejestracji pacjentów do poszczególnych poradni, zasobów ludzkich, w tym pracowników związanych z funkcjonowaniem przychodni, zarządzania i jej obsługi. W przypadku gdy przychodnia znajduje się w odrębnym budynku, należy uwzględnić koszty utrzymania budynku³.

Koszty zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek dotyczą specjalistów, którzy mogą realizować świadczenia zdrowotne. Do nich zalicza się w szczególności wynagrodzenie, narzuty na wynagrodzenia, badania lekarskie, szkolenia, ubrania robocze, inne świadczenia na rzecz pracowników, literatura fachowa, podróże służbowe np. dotyczące szkoleń.

Koszty utrzymania gabinetów lekarskich, gdzie przyjmowani są pacjenci, dotyczą wyposażenia gabinetów (mebli, komputerów, kozetek, pościeli, materiałów biurowych, sterylizacji narzędzi), konserwacji i napraw. W zależności od poradni należy też uwzględnić koszty leków, wyrobów medycznych czy sprzętu medycznego jednorazowego użytku. W przypadku

³ Wykorzystano prace R. Kotapski, *Cost management...*, s. 113–115; *idem*, *Jakie są koszty działalności przychodni...*, s. 19–21.

specjalistycznych gabinetów lekarskich, np. okulistycznego, ginekologicznego, należy dodać specjalistyczne wyposażenie czy też odpowiednią aparaturę medyczną niezbędną do przeprowadzenia badania pacjenta.

Odrębne koszty to **koszty utrzymania gabinetów zabiegowych** – w zależności od wielkości przychodni jednego lub kilku. W nich realizowana jest opieka ambulatoryjna (pobieranie materiałów do badań, pobieranie krwi, robienie zastrzyków, zmiana opatrunków, wykonywanie szczepień ochronnych). Koszty te dotyczą wyposażenia gabinetów zabiegowych (meble, komputery, kozetki, pościel, materiały biurowe itp.). Zazwyczaj gabinety zabiegowe wyposażone są w specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. Również na stanie gabinetów zabiegowych są podręczne leki, sprzęt jednorazowego użytku, np. strzykawki, igły.

Niektóre poradnie muszą być wyposażone w odrębny sprzęt i aparaturę medyczną, gdyż podczas wizyty u lekarza robione są badania diagnostyczne. Dotyczy to m.in. poradni okulistycznej, ginekologicznej. Stąd też należy wyodrębnić **koszty utrzymania i eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej**. Zalicza się do nich: amortyzację, części zamienne, usługi laboratoryjne, usługi konserwacji, usługi serwisowe, koszty zużycia energii (jeśli jest możliwość jej pomiaru i są to istotne koszty).

Niektóre poradnie posiadają też specjalistyczne pracownie diagnostyczne. Najczęściej są to pracownie RTG, USG i EKG. Stąd też należy wyodrębnić **koszty pracowni diagnostycznych**. W ramach nich są to koszty utrzymania sprzętu i aparatury medycznej oraz koszty zasobów ludzkich, np. lekarzy radiologów czy techników. Ponadto należy uwzględnić koszty materiałów niezbędnych do przeprowadzenia badań, np. środków do kontrastu, sprzętu jednorazowego użytku.

W ramach działalności przychodni należy uwzględnić koszty ogólne jej działalności. Do nich można zaliczyć koszty rejestracji pacjentów, koszty zarządzania i obsługi przychodni, utrzymania budynku i terenu przychodni.

Pacjenci są rejestrowani do poradni. W związku z tym ponoszone są **koszty rejestracji pacjentów**. Zalicza się do nich koszty pracy pracowników recepcji, wyposażenia w odpowiednie oprogramowanie i sprzęt komputerowy, zabezpieczenia danych, zużycia materiałów biurowych. Niezbędne jest też wyodrębnienie miejsca przechowania danych pacjentów. Są to dane

wrażliwe i podlegają szczególnej ochronie prawnej. Stąd też są ponoszone koszty z zabezpieczeniem danych. Pacjenci wielu przychodni mają dostęp do swoich danych, np. mogą przeglądać swoje wyniki badań. To wiąże się z utrzymaniem i zabezpieczeniem danych na serwerach oraz innej infrastrukturze informatycznej, w tym jej obsługą, modernizacją.

Jak każda jednostka przychodnia musi być zarządzana oraz muszą być realizowane funkcje w zakresie obsługi kadrowo-płacowej, finansowo-księgowej, administracyjnej. W zależności od wielkości przychodni i przyjętych szczegółowych rozwiązań wyodrębnia się np. działy kadr i finansowo-księgowy. Koszty tych działów związane są z zatrudnieniem pracowników oraz wyposażeniem stanowisk pracy, np. w oprogramowanie, komputery, materiały biurowe. W przypadku mniejszych przychodni usługi te zlecane są biuram rachunkowym, które zapewniają obsługę finansowo-księgową i kadrową. Jeśli przychodnia jest częścią większej jednostki, np. szpitala, to obsługa finansowo-księgowa, kadrowa i administracyjna jest realizowana w ramach całej jednostki.

Kolejna istotna grupa kosztów to **koszty utrzymania budynku**, w którym znajduje się przychodnia. Do nich można zaliczyć amortyzację budynku, części zamienne, zużycie energii elektrycznej, zużycie energii cieplnej, koszty utrzymania instalacji w budynku, np. sieci energetycznych czy elektrycznych, usługi konserwacji, usługi remontowe, ubezpieczenie, podatek od nieruchomości, przeglądy techniczne.

W ramach odrębnie działającej przychodni zdrowia można również wyodrębnić koszty utrzymania terenu, ochrony i zabezpieczenia przychodni. Dotyczą one też otoczenia samej przychodni jak np. utrzymania zieleni czy też małej architektury oraz placów i parkingu.

Można też wydzielić **koszty działań marketingowych** przychodni zdrowia w zależności od sytuacji na lokalnym rynku i jej oddziaływania. W przypadku prowadzonej szerokiej działalności marketingowej warto te koszty również mieć pod kontrolą.

Przedstawiony układ kosztów działalności przychodni ma duży wpływ na konstrukcję informacji zarządczej. Przekłada się to w następstwie na konstrukcję narzędzi zarządzania jej kosztami. Do nich w szczególności zalicza się zakładowy plan kont, rachunek wyników oraz budżet przychodni. W dużej mierze będzie on zależeć od potrzeb informacyjnych zarządzających

przychodnią, a także od ich świadomości i wiedzy dotyczącej mechanizmów i przyczyn powstawania kosztów przychodni i poszczególnych poradni.

Sporządzanie i realizacja budżetu muszą mieć określone cele. Podstawowymi celami budżetowania przychodni zdrowia są:

- planowanie wykorzystania zasobów rzeczowych, materiałowych, ludzkich i finansowych niezbędnych do realizacji wyznaczonych zadań do wykonania;
- planowanie przychodów i kosztów działalności przychodni;
- weryfikację struktury pacjentów z uwzględnieniem działających poradni;
- umożliwienie poznania poziomu kosztów na etapie planu, a nie w momencie ich poniesienia;
- poznanie kosztu procedury medycznej;
- ułatwienie negocjacji cen usług z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi płatnikami, np. powiatami, gminami;
- racjonalne zarządzanie zasobami przychodni;
- zapewnienie koordynacji działań w przychodni;
- kontrolowanie kosztów jej działalności.

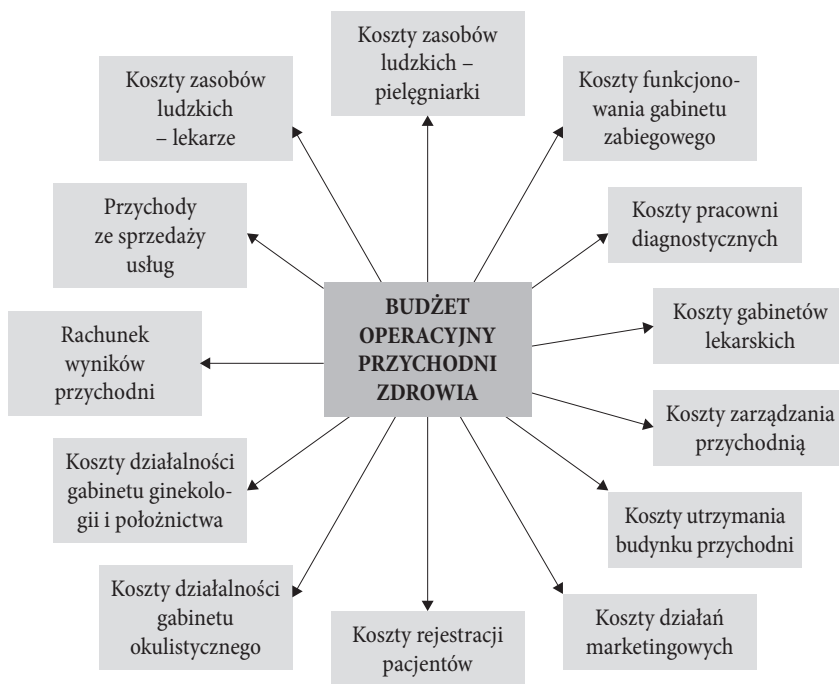
Sporządzenie budżetu pozwala na przejrzystość ponoszonych kosztów, a co ważniejsze – przedstawienie wyników działalności zarówno poszczególnych poradni, jak i całej przychodni. Uwzględnia się przy tym koszty wyodrębnionych jednostek organizacyjnych, np. poradnie oraz istotne miejsca powstawania kosztów, które dotyczą całej przychodni.

Podstawą opracowania budżetu było wyodrębnienie procesów oraz istotnych miejsc powstawania kosztów w przychodni. Podstawowymi procesami są:

- leczenie pacjentów,
- utrzymanie zasobów ludzkich – lekarzy i pielęgniarek,
- utrzymanie gabinetów lekarskich, zabiegowych i specjalistycznych, np. okulistycznych, ginekologicznych,
- rejestracja pacjentów,
- działania marketingowe,
- zarządzanie i administrowanie przychodnią,
- utrzymanie budynku oraz terenów wokół.

Przykładowy podział przychodni na miejsca powstawania kosztów (mpk) przedstawia tabela 40.

Budżet operacyjny przychodni zdrowia musi uwzględniać przede wszystkim rodzaje przychodów, które osiąga przychodnia. Kolejnym elementem budżetu są istotne miejsca powstawania kosztów z punktu widzenia zarządzania przychodnią. Elementem budżetu również muszą być niezbędne zasoby, które służą realizacji zadań. Schemat przykładowego budżetu przychodni zdrowia przedstawia rysunek 17.



Rysunek 17. Schemat budżetu przychodni zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów z wdrożeń MARINA Sp. z o.o.

Przychody z działalności przychodni zdrowia pochodzą z realizacji świadczeń zdrowotnych. Realizowane są one przez poszczególne poradnie w zależności od rodzaju oferowanych usług. W przypadku posiadania przez przychodnię pracowni diagnostycznych będą to przychody z usług pracowni diagnostycznych z uwzględnieniem każdej z nich, np. USG czy RTG.

Kolejną grupą przychodów są zlecone zadania przez NFZ, powiat, gminę, Ministerstwo Zdrowia czy też inne podmioty zainteresowane współpracą z przychodnią, zwłaszcza przychodnią zdrowia, która tylko realizuje zadania publiczne. Może być to np. obsługa gabinetów medycyny szkolnej, fluoryzacja zębów u dzieci w szkole. Zależy to od wielkości, zakresu działalności samej przychodni zdrowia, jak i jej właściciela. Inne przychody uzyskiwane przez przychodnię zdrowia to wynajem powierzchni w jej budynku z tytułu prowadzonych na jej terenie usług, np. punkty gastronomiczne, kioski czy apteki. Przykładowe pozycje przychodów ujęte w budżecie operacyjnym przychodni zdrowia przedstawia tabela 67.

Tabela 67. Przychody z działalności przychodni zdrowia

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży usług leczniczych poradni, w tym:						
1.1	Poradnia ogólna						
1.2	Poradnia dziecięca						
1.3	Poradnia zdrowia psychicznego						
1.4	Poradnia ginekologii i położnictwa						
1.5	Poradnia okulistyczna						
2	Przychody ze sprzedaży usług pracowni diagnostycznych						
2.1	Pracownia USG						
2.2	Pracownia RTG						
3	Przychody z medycyny szkolnej						
4	Przychody z usług wynajmu						
5	Inne przychody						
6	Razem przychody						
7	Przychody narastająco						
8	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

W zależności od potrzeb informacyjnych zarządzających przychodnią zdrowia można też podzielić przychody uzyskiwane od Narodowego Funduszu Zdrowia oraz od innych podmiotów. Zazwyczaj podział taki jest dostosowany do potrzeb sprawozdawczych na rzecz różnych organów administracji publicznej i samorządowej.

Koszty działalności przychodni w budżecie operacyjnym muszą uwzględniać wszystkie istotne koszty jej działalności. Jak już wcześniej wspomniano, są to koszty gabinetów lekarskich, gabinetów specjalistycznych, pracowni diagnostycznych, utrzymania budynku, w którym się ona znajduje, wyszczególnionych zadań, koszty rejestracji pacjentów, koszty działań marketingowych oraz koszty zarządzania i obsługi przychodni. Wyszczególnienie tych grup kosztów będzie zależeć w głównej mierze od potrzeb informacyjnych zarządzających oraz ich wysokości. Ich przykładowe zestawienia przedstawia tabela 68.

Każda z przedstawionych grup kosztów ma swoje indywidualne pozycje kosztów. W związku z tym w kształtowaniu części kosztowej budżetu operacyjnego przychodni zdrowia należy odpowiednio i wnikliwie przeprowadzić analizę kosztów jej działalności. W zasadzie należy przeanalizować dokumenty kosztów w przypadku, gdy nie ma prowadzonej ewidencji kosztów w takim układzie. Przykładowe rozwinięcie kosztów działalności standardowego gabinetu lekarskiego przedstawia tabela 69. Koszty gabinetu lekarskiego, np. internisty, lekarza medycyny rodzinnej, będą dotyczyć głównie jego wyposażenia w biurko, komputer, leżankę, pościel na kozetki, a właściwie papier, materiały biurowe, oraz usług dotyczących napraw, konserwacji czy remontu gabinetu, np. jego odświeżenia.

Tabela 68. Koszty działalności przychodni zdrowia

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty zasobów ludzkich, w tym:						
1.1	Lekarzy						
1.2	Pielęgniarek						
2	Koszty działalności gabinetów lekarskich – ogólnych						
3	Koszty działalności gabinetu ginekologii i położnictwa						
4	Koszty działalności gabinetu okulistycznego						
5	Koszty funkcjonowania gabinetu zabiegowego						
6	Koszty pracowni diagnostycznych, w tym:						
6.1	Pracowni USG						
6.2	Pracowni RTG						
7	Koszty rejestracji pacjentów						
8	Koszty działań marketingowych						
9	Koszty utrzymania budynku, terenu oraz zabezpieczenia						
10	Koszty zarządzania i administrowa- nia przychodnią zdrowia						
10.1	Koszty zarządzania przychodnią zdrowia						
10.2	Koszty działu finansowo-kadrowego						
10.3	Koszty samodzielnych specjalistów						
10.4	Koszty ogólne działalności przychodni						
11	Razem koszty						
12	Koszty narastająco						
13	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 69. Koszty utrzymania standardowego gabinetu lekarskiego

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Amortyzacja						
2	Zużycie materiałów						
2.1	Części zamienne						
2.2	Zużycie materiałów biurowych						
2.3	Zużycie materiałów pozostałych						
2.4	Niskocenne środki trwałe						
3	Usługi obce						
3.1	Usługi sterylizacji						
3.2	Usługi remontowe						
3.3	Usługi serwisowe						
3.4	Usługi konserwacji i napraw						
3.5	Pozostałe usługi obce						
4	Pozostałe koszty rodzajowe						
4.1	Pozostałe koszty						
5	Razem koszty						
6	Koszty narastająco						
7	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Również w przypadku przychodni zdrowia elementem budżetu kosztów jej działalności będą koszty według rodzaju. Układ ten jest niezbędny do sporządzenia planowanego rachunku zysków i strat, ale też do badania i analizy kształtowania się kosztów rodzajowych na poziomie całej przychodni.

Częścią zamykającą budżet operacyjny przychodni zdrowia będą rachunki wyników. Jeden z nich uwzględnia koszty według miejsc powstawania kosztów, a drugi – koszty według rodzaju. Konstrukcja rachunku wyników przychodni zdrowia powinna uwzględniać wewnętrzny podział pozycji przychodów i kosztów z uwzględnieniem ich istotności. Chodzi oto, aby

zarządzający przychodnią zdrowia oraz inni odbiorcy, np. właściciel, rada nadzorcza, mogli na bieżąco skupiać się na istotnych pozycjach przychodów i kosztów. Przykładowy rachunek wyników przychodni zdrowia z uwzględnieniem kosztów według miejsc powstawania kosztów przedstawia tabela 70.

Tabela 70. Rachunek wyników przychodni zdrowia

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży, w tym:						
1.1	Przychody ze sprzedaży usług leczniczych poradni						
1.2	Przychody ze sprzedaży badań pracowni diagnostycznych						
1.3	Przychody z medycyny szkolnej						
1.4	Przychody z usług wynajmu						
1.5	Inne przychody						
2	Koszty działalności przychodni						
2.1	Koszty zasobów ludzkich, w tym:						
2.2	Koszty gabinetów lekarskich – ogólnych						
2.3	Koszty działalności gabinetu ginekologii i położnictwa						
2.4	Koszty działalności gabinetu okulistycznego						
2.5	Koszty funkcjonowania gabinetu zabiegowego						
2.6	Koszty pracowni diagnostycznych						
2.7	Koszty rejestracji pacjentów						
2.8	Koszty działań marketingowych						
2.9	Koszty utrzymania budynku, terenu oraz zabezpieczenia						
2.10	Koszty zarządzania i administrowania przychodnią zdrowia						
3	Wynik (1 – 2)						
4	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów z wdrożeń w podmiotach leczniczych z MARINA Sp. z o.o.

Przedstawiony w tabeli 70 układ rachunku wyników przychodni zdrowia⁴ pozwala na planowanie i kontrolowanie wyniku działalności przychodni. Ujęcie istotnych miejsc powstawania kosztów w rachunku wyników pozwala zarządzającym monitorować jej działalność. Uzupełnieniem niniejszego rachunku wyników jest rachunek wyników w przekroju poradni i świadczonych usług. W prezentowanym przykładzie w przychodni zdrowia funkcjonują poradnie: ogólna, dziecięca, zdrowia psychicznego, ginekologii i położnictwa oraz wyróżniona usługa medycyny szkolnej. Stąd też należy opracować rachunki wyników dla poszczególnych poradni oraz poszczególnych usług. Przychodnia zdrowia podpisując umowę ze zleceniodawcą, niezależnie czy publicznym, np. NFZ, czy też komercyjnym, musi zawsze policzyć, jaki będzie wynik na realizacji umowy. Przykładowy rachunek wyników dla poradni okulistycznej przedstawia tabela 71.

Tabela 71. Rachunek wyników poradni okulistycznej

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Przychody ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych						
2	Koszty działalności poradni okulistycznej						
2.1	Koszty zasobów ludzkich						
2.2	Koszty utrzymania aparatury i sprzętu medycznego						
2.3	Koszty gabinetu okulistycznego						
2.4	Koszty utrzymania powierzchni poradni okulistycznej						
3	Koszty rejestracji pacjentów						
4	Wynik poradni okulistycznej (1 – 2 – 3)						

⁴ Inne przykładowe rozwiązanie rachunku wyników przychodni specjalistycznej przedstawiono w pracy A. Bryła, *Dobór modelu...*, s. 110.

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
5	Koszty działań marketingowych						
6	Koszty ogólne działalności przychodni zdrowia						
7	Wynik na działalności poradni okulistycznej (4 – 5 – 6)						
8	Wynik narastająco						

Źródło: opracowanie własne.

W przedstawionym w tabeli 71 rachunku wyników poradni okulistycznej uwzględniono z jednej strony koszty, które można przyporządkować na podstawie dokumentów źródłowych, a z drugiej strony koszty, które będą rozliczane.

Do kosztów, które można bezpośrednio przypisać poradni okulistycznej, należą koszty zasobów ludzkich, koszty aparatury i sprzętu medycznego, koszty gabinetu okulistycznego oraz koszty działań marketingowych, które dotyczą poradni okulistycznej. W przypadku kosztów zasobów ludzkich należy mieć na uwadze, że ich składnikiem będą zatrudnieni pracownicy w ramach etatu – lekarze okuliści oraz lekarze okuliści, którzy będą rozliczali się z przychodnią za pomocą realizacji usługi (wystawienie faktury) lub też lekarze okuliści, którzy będą zatrudnieni na umowę cywilno-prawną.

Druga grupa kosztów to koszty przypisane poradni okulistycznej. Należą do nich koszty utrzymania zajmowanej powierzchni przez poradnię, koszty rejestracji pacjentów, koszty ogólne działalności przychodni zdrowia. Są one rozliczane na podstawie indywidualnie opracowanych i przyjętych zasad na potrzeby planowania, kontroli i kalkulacji usług oraz ich kosztów. Wynikają one najczęściej z przyjętego modelu rachunku kosztów oraz prowadzonej ewidencji kosztów dla przychodni zdrowia. Przykładowe podstawy rozliczeń tych kosztów przedstawia tabela 72.

Tabela 72. Podstawy rozliczeń kosztów przypisanych do poradni okulistycznej

Lp.	Nazwa	Podstawa rozliczeń kosztów
1	Koszty utrzymania powierzchni poradni okulistycznej	Liczba m ²
2	Koszty rejestracji pacjentów	Liczba pacjentów
3	Koszty ogólne działalności przychodni zdrowia	Koszty bezpośrednio przypisane działalności poradniom

Źródło: opracowanie własne.

Od razu należy zaznaczyć, że przedstawione w tabeli 72 podstawy rozliczeń kosztów przypisanych poradni okulistycznej są tylko przykładowe. Inną podstawą rozliczeń kosztów, np. ogólnych, działalności przychodni zdrowia może być najpierw wyodrębnienie kosztów obsługi pracowników przychodni zdrowia, a następnie ich rozliczenie na podstawie liczby zatrudnionych lekarzy w poradniach. Następnie dopiero powstała różnica będzie rozliczana do kosztów bezpośrednio przypisanych poradniom. Tak więc jest tu wiele rozwiązań. W dużej mierze zależy to od indywidualnych potrzeb informacyjnych oraz przyjętego modelu rachunku kosztów. Zawsze jednak należy pamiętać o kosztach przetwarzania danych oraz istotności tak dostarczanych informacji. Również nie należy kierować się panującymi „modami” dotyczącymi wdrażania różnych nowych modeli rachunku kosztów. Raczej trzeba zachować w tym zakresie rozsądek i umiar.

W zależności od przyjętych rozwiązań w zakresie struktury budżetu przychodni zdrowia można zbudować odrębny częściowy budżet poradni zdrowia oraz zleconych usług. Może on służyć celom negocjacji cenowych, podjęciu się realizacji usługi np. medycyny szkolnej lub też podejmowaniu decyzji strategicznych w zakresie oferowania świadczeń zdrowotnych.

Elementem systemu budżetowania przychodni zdrowia jest instrukcja⁵ sporządzenia jej budżetu. W instrukcji zawarty jest opis poszczególnych formularzy budżetowych. Również należy zdefiniować i opisać zakres

⁵ Szerzej o tworzeniu instrukcji budżetowych np.: B. Jędrzejak, *Instrukcja budżetowa...*, s. 133–148; R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 314–325; M. Talarska, *Pojęcie instrukcji budżetowej...*, s. 136–143.

wyodrębnionych grup kosztów oraz zasady ich planowania w budżecie, a także przykładowe pozycje kosztów w ramach wyodrębnionych ich grup. Ponadto w instrukcji należy uwzględnić wymogi formalne, tj. kto sporządza budżet, kto weryfikuje budżet, kto go zatwierdza, terminy sporządzenia i akceptacji budżetu. Natomiast w komentarzu/instrukcji do zakładowego planu kont trzeba opisać zakres ewidencji kosztów, zasady tworzenia kont analitycznych w ramach konta syntetycznego oraz korespondencję z kontami przeciwstawnymi.

Dokumenty te są istotne z punktu widzenia tworzenia informacji. Brak jednoznacznej dokumentacji powoduje błędy w sporządzaniu budżetu oraz błędy dekretacji dowodów księgowych. W konsekwencji wartość informacyjna danych jest mniejsza, a czasami wręcz jej brak. Również dzięki tak przygotowanej dokumentacji koszty eksploatacji systemu informacyjnego są niższe, gdyż pracownicy nie tracą czasu na uzgodnienia, jaka ma być „zawartość” kosztów budżetu przychodni zdrowia czy też gdzie dany dowód zaksięgować.

Całości systemu budżetowania przychodni zdrowia dopełnia zakładowy plan kont, a w zasadzie zespół 5 *Koszty według typów działalności* oraz zespół 7 *Przychody i koszty związane z ich uzyskaniem*. W zależności od przyjętych rozwiązań miejsca powstawania kosztów mogą być elementem konta w zespole 4 *Koszty rodzajowe i ich rozliczenie* lub też stanowić element odrębnego modułu rachunkowości zarządczej w systemie klasy ERP. W każdym razie, niezależnie od przyjętych rozwiązań, układ kont w systemie finansowo-księgowym musi być kompatybilny z układem zaprezentowanym w budżecie przychodni zdrowia. Dzięki temu łatwo jest zrobić zestawienie dotyczące wykonania budżetu. Dla osiągnięcia realnych korzyści z budżetowania najlepiej docelowo wdrożyć system informatyczny klasy BI (*Business Intelligence*). Wtedy łatwiej i szybciej można sporządzać budżet przychodni zdrowia, a także generować automatycznie raporty, np. o wykonaniu budżetu przychodni zdrowia i jej wynikach, z uwzględnieniem poszczególnych poradni i zadań. Do tych prac można również wykorzystać arkusz kalkulacyjny ze wszystkimi jego zaletami i wadami.

Zarządzanie przychodnią wymaga z jednej strony umiejętności i sztuki, a z drugiej dostarczenia odpowiednich narzędzi rachunkowości zarządczej, które pozwolą na podejmowanie decyzji. Niezbędnym warunkiem planowania i kontrolowania wyników działalności przychodni jest znajomość mechanizmów i przyczyn powstawania kosztów. Wiąże się to z wyodrębnieniem

istotnych miejsc powstawania kosztów związanych z realizowanymi procesami i działaniami, które pozwalają na realizację świadczeń zdrowotnych.

3.2. Budżet zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

Zgodnie z art. 9 u.d.l. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne polegają m.in. na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także na prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) prowadzona jest opieka całodobowa, obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym, z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego.

Do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych są przyjmowani pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarstwa niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Pobyt pacjenta w publicznym zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym jest częściowo odpłatny. Wysokość opłaty reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych⁶. Zakłady te zapewniają pacjentom usługi:

- pielęgnacyjne (całodobowo),
- rehabilitacyjne,
- lecznicze (w formie doraźnych konsultacji lekarskich),
- diagnostyczne (w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia),
- edukacji i poradnictwa zdrowotnego,
- wsparcia psychologicznego,
- opiekuńcze,
- zapewnienia transportu.

⁶ Dz. U. poz. 731 ze zm.

Pacjent ma także zapewnione leki, pomoc w zaopatrywaniu w przedmioty ortopedyczne i lecznicze środki techniczne oraz pomoc w uzyskaniu pomocy socjalnej⁷.

Zakład musi posiadać odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, np. glukometry, inhalatory, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, EKG, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie. Musi zatrudniać odpowiednią kadrę lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych, dietetyków. Musi też mieć odpowiednie warunki lokalowe, w szczególności przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Wymagania te określają stosowne przepisy prawne. Jak każdy podmiot leczniczy zakład musi prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wysokość i różnorodność świadczeń w publicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w dużym stopniu zależy od źródeł finansowania, w tym opłat samych pacjentów, dotacji samorządów oraz środków uzyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W jednym z powiatowych centrów zdrowia opracowano system budżetowania. Jednym z jego elementów był budżet działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Wcześniej przeprowadzono szczegółową analizę kosztów jego działalności⁸.

Koszty działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego można przedstawiać w różnych przekrojach ewidencyjnych. Zazwyczaj są one ujmowane w układzie rodzajowym kosztów i wyodrębnione według miejsc powstawania kosztów. W układzie rodzajowym są to koszty:

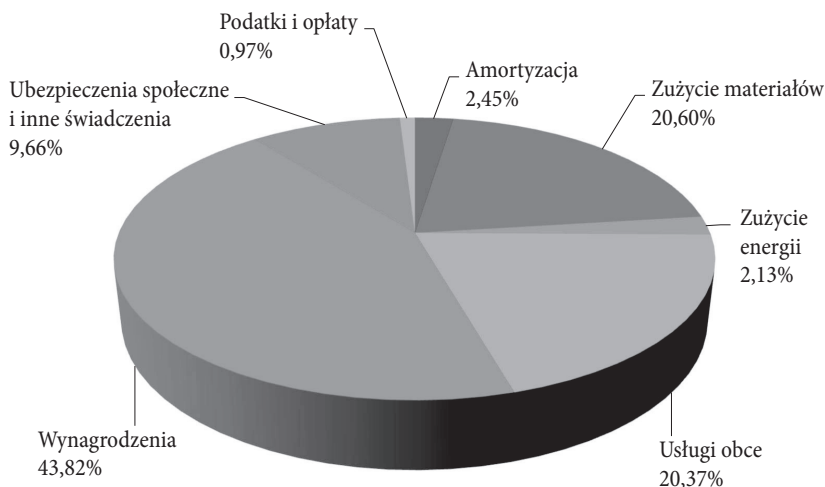
- amortyzacji;
- zużycia materiałów, np. leki, odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne, sprzęt wielokrotnego użytku, materiały medyczne, materiały do konserwacji i remontów, bielizna i pościel, materiały biurowe;

⁷ Opracowano na podstawie dokumentów wewnętrznych badanego obiektu oraz informacji dotyczących działalności zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

⁸ Analiza kosztów dotyczyła całego powiatowego centrum zdrowia na potrzeby wdrożenia systemu budżetowania. W pracy R. Kotapski, *Ujmowanie kosztów działalności na potrzeby zarządzania zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 80 (10), s. 267–276, została przedstawiona analiza kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego na potrzeby ujmowania kosztów.

- zużycia energii, w tym energii elektrycznej, ciepłej;
- usług obcych, np. innych podmiotów leczniczych, usług lekarzy i pielęgniarek, napraw sprzętu medycznego, usług telekomunikacyjnych, usług sprzątania, usług pralni, usług transportowych;
- wynagrodzeń;
- narzutów na wynagrodzenia;
- świadczeń na rzecz pracowników;
- podatków i opłat;
- pozostałe koszty.

Przykładowa struktura kosztów według przedstawionego układu jest zobrazowana na rysunku 18. Wynika z niego, że największy udział w kosztach działalności zakładu mają wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne – łącznie jest to 53,48%, zużycie materiałów – 20,60% oraz usługi obce – 20,37%. Te cztery pozycje razem stanowią 94,45% ogółu jego kosztów.



Rysunek 18. Roczna struktura kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego według układu rodzajowego kosztów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczego.

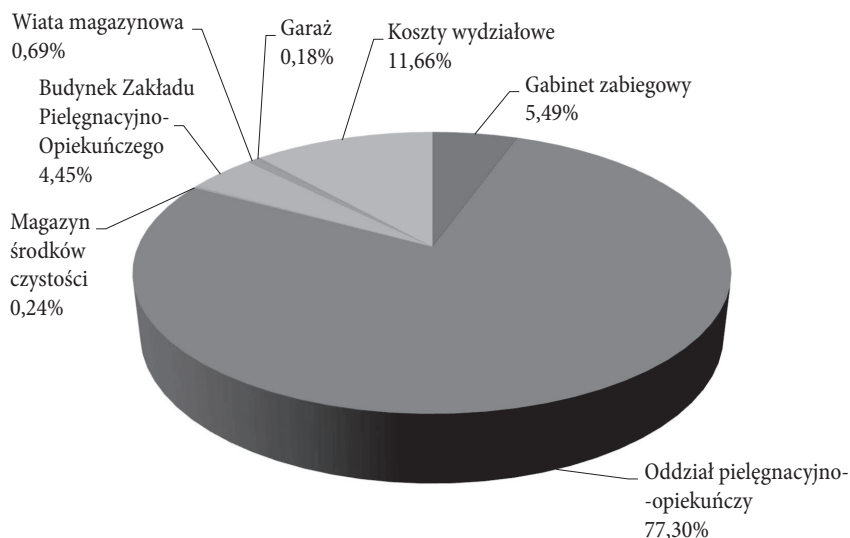
Koszty działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego przedstawione w układzie rodzajowym nie są najlepszym układem do planowania, kontroli i analizy kosztów. Układ kosztów według rodzaju może wprowadzać w błąd co do rzeczywistej struktury działalności zakładu. Dotyczy to między innymi kosztów pracy pracowników. W rzeczywistości koszty pracy lekarzy, pielęgniarek czy rehabilitantów znajdują się także w pozycji usługi obce jako pozycja usługi kontraktowe lekarzy, pielęgniarek, na co zwracano już uwagę wcześniej przy kosztach oddziału szpitalnego. Dlatego obok przedstawionego na rysunku 18 zestawienia kosztów w układzie rodzajowym należy przeprowadzić pogłębioną analizę kosztów w ramach głównych ich pozycji rodzajowych.

Koszty działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego były ujmowane w układzie rodzajowym (rysunek 18) oraz z uwzględnieniem miejsc powstawania kosztów. Wyodrębniono koszty:

- gabinetu zabiegowego,
- oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego,
- magazynu środków czystości,
- budynku zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
- wiaty magazynowej,
- garażu,
- wydziałowe⁹.

Strukturę kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego według wyodrębnionych miejsc powstawania kosztów przedstawia rysunek 19.

⁹ W powiatowym centrum zdrowia na potrzeby budżetowania oraz w polityce rachunkowości przyjęto koszty wydziałowe jako koszty ogólne zakładu. Nazwę tej grupy kosztów stosowano również do oddziałów szpitalnych oraz zakładu diagnostyki obrazowej.

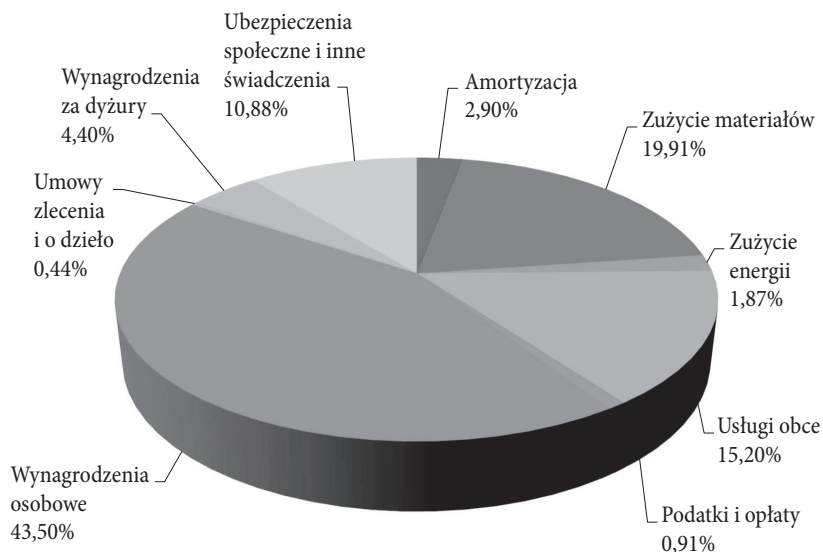


Rysunek 19. Roczna struktura kosztów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego według miejsc powstawania kosztów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Największy udział kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego stanowią **koszty oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego** – 77,30% ogółu kosztów działalności. Największy udział w kosztach oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego mają koszty zasobów ludzkich (70,32%). Składają się na nie wynagrodzenia lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów. Do tej pozycji są wliczane koszty usług medycznych lekarzy i pielęgniarek, które należy zaliczyć do kosztów zasobów ludzkich. Na leki i materiały higieniczno-pielęgnacyjne przypada 11,43% ogółu kosztów, a na wyżywienie – 6,87%. W sumie stanowi to 88,63% kosztów oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego. Struktura kosztów oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego została przedstawiona na rysunku 20.

Z funkcjonowaniem oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wiąże się też działalność gabinetu zabiegowego. Na jego stanie znajdują się leki, aparatura medyczna. Są w nim wykonywane drobne zabiegi medyczne i badania pacjentów, a także udzielane porady ambulatoryjne i udzielana doraźna pomoc.



Rysunek 20. Roczna struktura kosztów oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jednego z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Koszty gabinetu zabiegowego stanowią 5,49% łącznych kosztów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Są to głównie koszty zasobów ludzkich, które stanowią 87,07% łącznych kosztów gabinetu zabiegowego. Leki stanowią 12,66%. Te dwie grupy kosztów składają się na 99,73% ogółu kosztów gabinetu zabiegowego.

Koszty wydziałowe stanowią 11,66% ogółu kosztów zakładu. W ramach tej grupy kosztów uwzględnia się koszty funkcjonowania kuchni, zatrudnienia kucharzy, konserwatora, pracownika gospodarczego. Największymi pozycjami kosztów w ramach kosztów wydziałowych są: koszty zużycia gazu do ogrzewania budynku – 37,85%, usługi sprzątania – 14,74%, usługi pralni – 8,31%. Stanowi to 60,89% całości kosztów ogólnych zakładu. Z punktu widzenia analizy procesów koszty usług pralni powinny być przyporządkowane do kosztów pobytu pacjentów, w szczególności koszty prania pościeli i bielizny pacjentów i do kosztów zasobów ludzkich, w tym odzieży roboczej. Koszty zużycia gazu powinny natomiast być przyporządkowane do pozycji koszty utrzymania budynku.

Pozostałe wyodrębnione miejsca powstawania kosztów, poza kosztami budynku, które stanowią 4,45% ogółu kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, nie są istotne. Koszty wiaty i garażu można by ujmować w ramach kosztów wydziałowych.

Przedstawiona analiza kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego pozwoliła na ustalenie struktury jego budżetu kosztów. Uwzględniono w niej m.in. łączną wysokość ponoszonych kosztów zakładu, wysokość poszczególnych pozycji układu rodzajowego kosztów oraz kosztów według dotychczasowych miejsc ich powstawania. Przeanalizowano również dokumenty źródłowe. W wyniku analizy w budżecie kosztów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wyodrębniono szczegółowe grupy kosztów, które przedstawia tabela 73.

Tabela 73. Grupowanie kosztów zakładu na potrzeby budżetowania

Lp.	Grupa kosztów	Zakres kosztów
1	Koszty leczenia pacjentów	koszty zużycia leków, sprzętu jednorazowego użytku (strzykawki, igły), materiały medyczne, odczynniki i materiały diagnostyczne, zlecone badania diagnostyczne, np. USG, RTG oraz koszty opieki nad pacjentami
2	Koszty gabinetu zabiegowego	wyposażenie gabinetu, leki, sprzęt jednorazowego użytku
3	Koszty pobytu pacjenta w zakładzie	wyżywienie, usługi prania bielizny i pościeli, zakup nowych łóżek, szafek, wyposażenie pokoi
4	Koszty eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej	koszty diagnostyki, obowiązkowe przeglądy techniczne, części zamienne, bieżąca konserwacja
5	Koszty zasobów ludzkich	wynagrodzenia wraz z narzutami, PFRON, usługi medyczne lekarzy i pielęgniarek, usługi pralnicze
6	Koszty funkcjonowania kuchni	wynagrodzenia wraz z narzutami pracowników, świadczenia na rzecz pracowników, części zamienne, naprawy wyposażenia kuchni
7	Koszty utrzymania budynku	zużycie mediów (energia elektryczna, gaz, woda), zużycie materiałów do sprzątania, usługi utrzymania czystości, przeglądy techniczne, usługi konserwacji i napraw, remonty
8	Koszty wydziałowe	usługi telekomunikacyjne, zużycie materiałów biurowych, wynagrodzenia z narzutami kierownika, usługi komunalne

Źródło: opracowanie własne.

Nie wyodrębniano osobno kosztów wiaty i garaży. Nie było takiej potrzeby.

Zastosowany układ kosztów działalności w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym jest zbliżony do kosztów działalności oddziału szpitalnego i izby przyjęć, które już opisano wcześniej w poprzednim rozdziale. Występują w tym przypadku podobne procesy takie jak leczenie pacjenta, pobyt pacjenta na oddziale, utrzymanie zasobów ludzkich, eksploatacja sprzętu i aparatury medycznej czy też zarządzania. Koszty działalności ujęte w budżecie operacyjnym zakładu przedstawia tabela 74.

Tabela 74. Koszty działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

Lp.	Nazwa pozycji	I kwar- tał	II kwar- tał	III kwar- tał	IV kwar- tał	Ra- zem zł	Struk- tura %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	Koszty leczenia pacjentów						
2	Koszty gabinetu zabiegowego						
3	Koszty pobytu pacjenta w zakładzie						
4	Koszty eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej						
5	Koszty zasobów ludzkich						
6	Koszty funkcjonowania kuchni						
7	Koszty utrzymania budynku						
8	Koszty wydziałowe						
9	Razem koszty						
10	Koszty narastająco						
11	Struktura %						

Źródło: opracowanie własne.

Układ rachunku wyników będzie podobny jak dla pozostałych jednostek. W rachunku wyników uwzględnia się przychody z tytułu opłat samych pacjentów, dotacji samorządów oraz środków uzyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy jest

samodzielnym bytem, to również należy wyodrębnić koszty ogólnego zarządu, podobnie jak to przedstawiono dla przychodni zdrowia.

Sposób ujęcia kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego w zakładowym planie kont oraz budżecie wpływa na stan wiedzy menedżera o zarządzanym podmiocie. Wbrew pozorom nie jest to tylko problem działów finansowo-księgowych.

W ramach autorskiego wdrożenia systemu budżetowania w powiatowym centrum zdrowia opracowano instrukcję sporządzania budżetu, w której zdefiniowano szczegółowo wyodrębnione grupy kosztów. Jednocześnie w zakładowym planie kont w zespole 5 *Koszty według typów działalności* odzwierciedlono wymienione grupy kosztów w budżecie. W instrukcji zakładowego planu kont został opisany zakres ewidencji kosztów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Rozdział 4

Kontrola budżetowa w podmiotach leczniczych

4.1. Kontrola budżetowa w zarządzaniu podmiotem leczniczym

Kontrola to najogólniej instrument zarządzania immanentnie związany z całym systemem zarządzania, którego zadaniem jest weryfikacja założeń i doboru środków oraz ocena realizacji założeń planowanych¹. Kontrola, obok planowania, organizowania i motywowania, jest jedną z podstawowych funkcji zarządzania podmiotem. W literaturze przedstawiane są różne kryteria klasyfikacji kontroli i jej rodzajów. W tabeli 75 przedstawiono ogólną klasyfikację kontroli.

Tabela 75. Ogólna klasyfikacja kontroli

Kryterium klasyfikacji	Rodzaj kontroli
Organizacja kontroli	– kontrola funkcjonalna – kontrola instytucjonalna
Moment kontroli	– kontrola wstępna – kontrola bieżąca – kontrola wynikowa
Przedmiot kontroli	– kontrola techniczna – kontrola finansowo-księgowa – kontrola organizacyjna
Kierunek kontroli	– kontrola formalna – kontrola rachunkowa – kontrola organizacyjna
Perspektywa kontroli	– kontrola wykonania planów – kontrola wyników

Źródło: G. Lew, *Controlling przedsiębiorstw handlowych*, Difin, Warszawa 2004, s. 232.

¹ B. Siwoń, *Kontrola gospodarcza kosztów działalności*, PWE, Warszawa 1983, s. 24.

Choć w tabeli 75 przedstawiono różne kryteria klasyfikacji i rodzajów kontroli, to podstawowe jej zadania w podmiocie leczniczym wymieniono poniżej²:

- stymulowanie działań wspierających realizację polityki przyjętej przez kierownictwo podmiotu leczniczego;
- skuteczna ochrona zasobów majątkowych podmiotu leczniczego;
- dostarczenie zarządzającym wiarygodnych i rzetelnych informacji na temat działalności podmiotu leczniczego;
- stworzenie podstaw do podejmowania przez zarządzających trafnych decyzji ekonomicznych;
- pobudzenie do efektywnego prowadzenia działalności podmiotu leczniczego;
- wczesne wykrywanie zagrożeń dla osiągnięcia wyników założonych w planie długookresowym;
- ujawnianie zakłóceń i nieprawidłowości w przebiegu działalności podmiotu leczniczego;
- zapobieganie nieefektywnemu wykorzystywaniu zasobów majątkowych podmiotu leczniczego.

Projektowanie systemu kontroli w podmiocie leczniczym ma pomóc w jego zarządzaniu. Przedstawione powyżej zadania kontroli stanowią punkt wyjścia do określenia istoty i zadań kontroli budżetowej.

Kontrola budżetowa to porównanie danych finansowych i niefinansowych zawartych w budżetach z osiągniętymi wynikami, wyjaśnianie powstałych odchyśleń i reagowanie na nie, weryfikacja założeń i doboru środków oraz ocena procesów zachodzących w przedsiębiorstwie³. Z tej definicji wynikają już pewne jej cele. Podstawowe cele kontroli budżetowej⁴ to:

² Opracowanie na podstawie E. Nowak, *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 2003, s. 268; C. Paczuła, *Kontrola wewnętrzna w zarządzaniu firmą*, „Serwis Finansowo-Księgowy” 1998, nr 31–32 (173–174), s. 5. Zadania kontroli zostały też przedstawione m.in. w pracy M. Klimas, *Kontrola wewnętrzna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1985, s. 26–27.

³ R. Kotapski, *Sprawdź jak pracuje przedsiębiorstwo*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2005, nr 2, s. 28–32.

⁴ Opracowanie własne na podstawie M. Klimas, *Kontrola wewnętrzna...*, s. 26–27; B. Siwoń, *Kontrola gospodarcza...*

- badanie zgodności wykonania z budżetem i z celami przedsiębiorstwa;
- badanie efektywności działalności komórek organizacyjnych i przedsiębiorstwa jako całości;
- badanie i ocena rzeczywistej realizacji procesów zachodzących w przedsiębiorstwie;
- ustalanie przyczyn powstałych odchyłeń;
- wskazanie pracowników i jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za powstałe odchylenia;
- analiza wyodrębnionych do obserwacji procesów w przedsiębiorstwie;
- wskazanie sposobów oraz możliwości likwidacji przyczyn powstałych odchyłeń.

Można wyróżnić następujące **fazy budżetowania**: pierwsza faza polega na określeniu pożądanego stanu, druga faza dotyczy ustalenia stanu rzeczywistego, w trzeciej fazie następuje porównanie stanu pożądanego z rzeczywistym w celu ustalenia odchyłeń od stanu pożądanego. Natomiast czwarta faza dotyczy analizy odchyłeń, w tym wyciągania wniosków z powstałych odchyłeń⁵.

Kontrola budżetowa jest ważnym elementem budżetowania. Istota kontroli budżetowej nie zaczyna się od analizy odchyłeń, czyli badania przeszłości i nie sprowadza się tylko do tych działań. **Kontrola budżetowa zaczyna się w momencie opracowania formularza budżetowego, który już zawiera z góry określoną ścieżkę planowania poszczególnych obszarów działalności przedsiębiorstwa jako takiego.** Sporządzony na właściwym formularzu budżet musi informować o⁶:

- obszarze działalności przedsiębiorstwa objętym danym budżetem,
- zadaniach lub projektach do wykonania,
- zaangażowaniu niezbędnych zasobów do wykonania wyznaczonego zadania lub projektu,
- ilości potrzebnych zasobów i ich kosztach,
- przychodach z realizacji zadań lub projektów,

⁵ Szerzej m.in. w pracach Z. Kes, *Kontrola budżetowa kosztów* [w:] *Budżetowanie kosztów przedsiębiorstwa*, red. E. Nowak, ODDK, Gdańsk 2002, s. 154; T. Kiziukiewicz, K. Sawicki, B. Wardyn, *Operatywna kontrola kosztów*, PWE, Warszawa 1986, s. 12–14.

⁶ R. Kotapski, *Budżetowanie w przedsiębiorstwie...*, s. 122.

- jednostkach organizacyjnych, które będą realizować wyznaczone zadania,
- kierownikowi odpowiedzialnym za wyznaczone zadania,
- okresie, w jakim zadania mają być wykonane.

Właściwe zaprojektowanie formularzy budżetowych pozwala uprościć sporządzanie budżetu, ponieważ wyznacza ono pewne mechanizmy lub filozofię planowania w podmiocie leczniczym. Nie pozwala to na dowolne sporządzanie budżetu i tym samym – na dowolne planowanie obszarów jego działalności, a więc z góry określone są informacje i dane, które muszą być zawarte w budżecie, i dzięki temu ułatwiają monitorowanie działalności podmiotu leczniczego. Również później będą one niezbędne do organizacji sprawnej kontroli budżetowej⁷.

Sprawną realizacją procesu kontroli budżetowej wymaga wykorzystania odpowiednio zaprojektowanych narzędzi takich jak: budżety częściowe, założowy plan kont, rachunek wyników⁸ oraz raport z wykonania budżetów. Wymienione elementy muszą być ze sobą powiązane. W przeciwnym razie nie będzie można dokonać np. porównania kosztów planowanych z kosztami rzeczywistymi, jeśli układy kalkulacyjne kosztów będą różne w budżetach i założowym planie kont⁹.

Na zakończenie należy dodać, że **sprawną realizacją procesu kontroli budżetowej ma wtedy sens, kiedy zarząd podmiotu leczniczego będzie wykorzystywał wnioski, które w następstwie tego procesu powstaną**, zwłaszcza jeśli mają wpłynąć na poprawę w nim organizacji pracy i poprawę innych procesów. Jeśli zarząd podmiotu leczniczego nie podejmie działań, które zostały wymienione w raporcie z realizacji budżetu, to nie ma sensu wdrożenia w nim systemu budżetowania. W konsekwencji w praktyce system budżetowania nie będzie prawidłowo działał i nie zostaną osiągnięte korzyści z jego wdrożenia.

⁷ R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 268–269.

⁸ Rachunek wyników sporządzany na potrzeby wewnętrzne podmiotu leczniczego nie jest tożsamy z rachunkiem zysków i strat sporządzanym według ustawy o rachunkowości.

⁹ R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 47.

4.2. Raport z działalności podmiotu leczniczego

Sporządzenie budżetu podmiotu leczniczego oraz późniejsze przedstawienie odchyień wielkości rzeczywistych od planowanych nie jest wystarczające do jego zarządzania. Należy stworzyć syntetyczny raport z działalności podmiotu leczniczego jako pożyteczne narzędzie wspomagające zarząd w podejmowaniu decyzji. Nie może być on zbyt długi, ale musi mieć z góry przemyślany układ i zawierać niezbędne informacje oraz wnioski. Innymi słowy, trzeba jego układ w podmiocie leczniczym wypracować, a następnie zbudować.

W odróżnieniu od sprawozdania finansowego sporządzanego zgodnie z wytycznymi ustawy o rachunkowości i innych przepisów w tym zakresie, ten raport tworzony jest dla potrzeb wewnętrznych. Dlatego musi uwzględniać potrzeby zarządzających podmiotem leczniczym. Najczęściej jest kształtowany i równocześnie sporządzany przez specjalistę ds. controllingu. Stąd też można go nazwać **raportem controllera**.

Raport controllera w przejrzysty i łatwy sposób przedstawia niezbędne informacje i wnioski dotyczące oceny działalności podmiotu leczniczego. Obok jego wyników finansowych należy odrębnie oceniać wydzielone obszary jego działalności, np. oddziałów szpitalnych, zakładu diagnostyki obrazowej, przychodni, ale i wykorzystania posiadanych zasobów. Powinien mieć on **charakter usystematyzowany i powtarzalny**. Dzięki temu zakres informacyjny będzie porównywalny. Pozwoli to też na skrócenie czasu pracy nad jego sporządzeniem przez controllera oraz pozwoli zautomatyzować tworzenie niezbędnych tabel do przeprowadzenia analizy. Generalnie raport powinien odpowiadać m.in. na pytania:

- z jakiego tytułu podmiot leczniczy osiąga przychody;
- jaka jest rentowność poszczególnych obszarów jego działalności;
- jakie są koszty funkcjonowania poszczególnych jednostek organizacyjnych i wyodrębnionych w systemie budżetowania obszarów działalności podmiotu leczniczego;
- jakie są koszty utrzymania infrastruktury;
- ile kosztuje obsługa podmiotu leczniczego;
- jaki jest stopień wykorzystania posiadanych zasobów, które są na jego stanie i w jego dyspozycji.

Są to tylko niektóre z pytań, na które odpowiedzi powinny się znaleźć w przygotowanym raporcie przez controllera. Raport o działalności podmiotu leczniczego powinien zawierać¹⁰:

- wyniki jego działalności z uwzględnieniem poszczególnych działalności;
- informacje o realizacji przyjętego budżetu przez jego zarząd i wyjaśnienie powstałych istotnych odchyleń;
- analizę rentowności poszczególnych obszarów jego działalności;
- analizę sprzedaży z podziałem na segmenty jego działalności;
- analizę kosztów poszczególnych segmentów jego działalności;
- wnioski.

Pierwsza część raportu controllera powinna dotyczyć ogólnej sytuacji działalności podmiotu leczniczego i jego wyników. Mogą to być:

- bilans;
- rachunek zysków i strat, sporządzony według ustawy o rachunkowości;
- rachunek wyników z uwzględnieniem głównych rodzajów działalności podmiotu leczniczego;
- podstawowe wskaźniki, w tym rentowności, płynności i zadłużenia.

W zależności od przyzwyczajania odbiorców informacji ta część może zostać uzupełniona o syntetyczną analizę pionową i poziomą bilansu zawierającą informacje o strukturze poszczególnych pozycji oraz zmianie ich wartości. Niemniej ta część dla potrzeb wewnętrznych specjalnie nie wniesie. Inaczej sprawy się mają, jeśli controller przygotowuje informację dla rady nadzorczej lub organów nadzorczych. Wtedy taka klasyczna analiza ma rację bytu.

Z punktu widzenia zarządzania i bieżącej oceny działalności podmiotu leczniczego bardziej wartościowy jest rachunek wyników¹¹ działalności operacyjnej, który uwzględnia rodzaje jego działalności i istotne miejsca powstawania kosztów. Dotyczą one kosztów:

¹⁰ Poniższy układ raportu controllera został wypracowany w toku autorskich wdrożeń systemów budżetowania w różnych podmiotach gospodarczych, w tym podmiotach leczniczych.

¹¹ Zostały one przedstawione w poprzednich rozdziałach. Równocześnie ich układ należy wykorzystać w sporządzanych raportach o działalności podmiotu leczniczego.

- prowadzenia różnych rodzajów działalności przez podmiot leczniczy, np. szpital, przychodnia specjalistyczna, przychodnia rejonowa;
- funkcjonowania wyodrębnionych komórek organizacyjnych w podmiocie leczniczym;
- utrzymania zasobów w dyspozycji podmiotu leczniczego;
- utrzymania jego infrastruktury ogólnej jak np. budynków, utrzymania terenu;
- zarządzania i obsługi podmiotu leczniczego.

Taki rachunek wyników jest niejako zwieńczeniem z jednej strony sporządzenia budżetu podmiotu leczniczego, ale z drugiej strony ma też w porównywalnym układzie przedstawiać jego rzeczywisty wynik. Pozycje rzeczywiste i planowane uwzględnione w rachunku wyników muszą być w dalszej części ze sobą porównane, również wskazane przyczyny tych odchyleń. W dalszej części raportu powinny być wyciągnięte wnioski. Wtedy analiza powstałych odchyleń spełni swoje zadanie. Natomiast poszczególne pozycje rachunku wyników muszą być opisane i zdefiniowane w polityce rachunkowości oraz w adekwatnych instrukcjach sporządzania budżetu podmiotu leczniczego. Przykładowy rachunek wyników dla szpitala został przedstawiony w rozdziale 2.1 (tabela 45).

W dalszej części raportu, tj. wyników osiągniętych przez podmiot leczniczy, powinno znajdować się **krótkie** odniesienie do:

- przyjętego planu na dany miesiąc lub inny wskazany okres sprawozdawczy;
- wykonania planu w stosunku rocznym;
- strategii działalności podmiotu leczniczego;
- bieżącego stanu należności i zobowiązań podmiotu leczniczego, w tym wskazanie o zagrożeniach w tym zakresie;
- rentowności i stanie płynności podmiotu leczniczego.

Przykładowy zestaw wskaźników oceny działalności podmiotu leczniczego przedstawia tabela 76. Zestaw tych wskaźników może być uzupełniony w zależności od potrzeb informacyjnych odbiorców. Najczęściej inny akcent kładzie się w podmiotach publicznych, a inny w podmiotach leczniczych komercyjnych. Jednak niezależnie od rodzaju podmiotów muszą one być porównane, tj. wielkości rzeczywiste z planowanymi.

Tabela 76. Przykładowe wskaźniki oceny działalności spółki

Lp.	Nazwa pozycji	Sposób liczenia	Wartość
1	Wskaźnik płynności	aktywa bieżące/pasywa bieżące	
2	Wskaźnik rotacji należności w dniach	średni stan należności/sprzedaż netto x 360	
3	Wskaźnik rentowności sprzedaży	(zysk netto/sprzedaż netto) x 100%	
4	Wskaźnik rentowności aktywów	(zysk netto/aktywa ogółem) x 100%	
5	Wskaźnik ogólnego zadłużenia	(zobowiązania ogółem/aktywa) x 100%	

Źródło: opracowanie własne.

Druga część raportu controllera powinna być poświęcona analizie wykonania budżetów. Jest to istotny element procesu budżetowania. Należy pamiętać, że za liczbami w przyjętym budżecie operacyjnym podmiotu leczniczego kryją się rzeczywiste zadania do wykonania. Zatem analiza wykonania budżetu nie sprowadza się tylko do przedstawienia odchyłeń wielkości rzeczywistych od planowanych. W rzeczywistości jest to element oceny wykonania i rozliczenia wcześniej postawionych zadań. Stąd każdy budżet cząstkowy powinien zostać poddany ocenie jego realizacji.

Ocena wykonania przyjętego budżetu operacyjnego podmiotu leczniczego i jego budżetów cząstkowych ma prowadzić do wyciągnięcia wniosków z dotychczasowej działalności. Należy dokonać szczegółowej analizy procesów związanych z realizacją budżetów. Przykład odchyłeń kosztów rzeczywistych od planowanych dla oddziału szpitalnego przedstawia tabela 77.

Sporządzający raport ma przedstawić znaczące odchylenia od przyjętego budżetu na podstawie informacji od kierowników jednostek organizacyjnych. Wykaz istotnych budżetów oraz wysokość odchyłeń, które wymagają szczególnego wyjaśnienia w raporcie, powinien określać zarząd podmiotu leczniczego.

Tabela 77. Odchylenia kosztów rzeczywistych od planowanych dla oddziału szpitalnego

Lp.	Pozycja kosztów	Wyko- nanie zł netto	Plan zł netto	Odchyle- nie zł	Odchyle- nie %
-1-	-2-	-3-	-4-	-5- (3 – 4)	-6- (5 : 4)
1	Koszty leczenia pacjentów				
2	Koszty pobytu pacjenta na oddziale				
3	Koszty utrzymania aparatury medycznej				
4	Koszty zasobów ludzkich				
4.1	Lekarze				
4.2	Pielęgniarki				
4.3	Rehabilitanci, fizjoterapeuci i inni				
5	Koszty ogólne oddziału szpitalnego				
6	Razem koszty				
7	Koszty narastająco				

Źródło: opracowanie własne.

Efektem niniejszej części sprawozdania powinny być wnioski dotyczące szczegółowej analizy wybranych procesów pod kątem ich realizacji w podmiocie leczniczym. Zaleca się też przedstawienie harmonogramu realizacji zadań wynikających z wniosków wraz ze wskazaniem odpowiedzialnych pracowników. Przykładowy harmonogram zadań przedstawia tabela 78.

W dalszej części raportu controllera w sposób analityczny powinny zostać omówione koszty działalności podmiotu leczniczego z uwzględnieniem poszczególnych obszarów jego działalności. W szczególności powinno to dotyczyć:

- kosztów działalności poszczególnych obszarów działalności i wyodrębnionych jednostek organizacyjnych,
- kosztów utrzymania infrastruktury,

- pojawiających się trendów w kosztach jego działalności,
- analizy zobowiązań i ich źródeł finansowania.

Tabela 78. Harmonogram zadań do realizacji

Lp.	Nazwa zadania	Nazwisko i imię odpowiedzialnego pracownika	Termin realizacji zadania
1	Analiza wykorzystania bloku operacyjnego		
2	Analiza przekroczenia budżetu zużycia leków		
3	Analiza przyczyn przekroczenia budżetu oddziału wewnętrznego		
4	Analiza przyczyn przekroczenia budżetu szkoleń		
5	Analiza/weryfikacja poziomu kosztu jednostkowego posiłków		

Źródło: opracowanie własne.

Koszty działalności podmiotu leczniczego powinny być monitorowane na bieżąco. Elementem monitoringu jest ich planowanie i kontrolowanie. Narzędziem planowania kosztów są budżety, które są sporządzane przez kierowników i akceptowane przez zarząd. Natomiast kontrola ich kosztów odbywa się poprzez bieżące sprawdzanie, czy koszty nie zostały przekroczone w stosunku do przyjętych założeń. Stąd też można przedstawić zestawienia dotyczące kosztów rodzajowych czy też zestawienia kosztów według ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów.

Ważnym elementem raportu jest przedstawianie kosztów działalności w przekroju miesięcznym. Pozwala to zauważyć trendy w kształtowaniu się kosztów poszczególnych ośrodków odpowiedzialności czy też istotnych miejsc powstawania kosztów. W przypadku zestawień kosztów rodzajowych i ich odchyień od kosztów planowanych na poziomie całego podmiotu leczniczego pozwala to na wyłapanie istotnych przekroczeń pozycji kosztów rodzajowych na poziomie podmiotu leczniczego. Duże odchylenie, np. powyżej 10%, powinno być sygnałem do analizy tej pozycji kosztów w ujęciu miejsc powstawania kosztów, w których to odchylenie powstało. W dalszych etapach w konsekwencji należy zweryfikować obowiązujące budżety.

Ważnym elementem funkcjonowania podmiotu leczniczego jest zachowanie płynności finansowej. Przejawia się to w zdolności podmiotu leczniczego w regulowaniu zobowiązań finansowych wobec kontrahentów. Stąd też należy odnieść się do zobowiązań finansowych, w tym również poniesionych kosztów finansowych. W tym aspekcie należy zwrócić uwagę na ewentualne inne źródła finansowania dotychczasowych i przyszłych zobowiązań.

Efektem tej części raportu jest sygnalizacja zarządowi przyczyn i mechanizmów powstawania kosztów oraz propozycje szczegółowej analizy tych obszarów działalności, co do których istnieją zagrożenia niedotrzymania w przyszłości przyjętych założeń finansowych i niefinansowych.

Raport controllera powinien kończyć się podsumowaniem. Powinny być tu zawarte wskazówki i proponowane działania dla:

- controllera w zakresie zadań i terminu ich wykonania,
- kierowników poszczególnych obszarów działalności w zakresie szczegółowego wyjaśnienia powstałych odchyłeń, przedstawienia harmonogramu i propozycji działań w celu obniżenia kosztów działalności poszczególnych jednostek organizacyjnych i procesów, a w szczególności jak poprawić funkcjonowanie dotychczasowych procesów.

Raport controllera nie powinien być zbyt obszerny. **Głównym jego celem ma być przedstawienie istotnych informacji dotyczących działalności podmiotu leczniczego oraz standaryzacji jego zawartości.** W przypadku bardziej szczegółowej informacji jego zarząd zawsze może wydać polecenie o sporządzeniu raportu dla interesującego zjawiska. Zawartość raportu controllera może ulegać zmianom. Dzięki temu będą uwzględniane realne potrzeby w zakresie tworzenia informacji o działalności podmiotu leczniczego.

4.3. Ewidencja przychodów i kosztów działalności podmiotów leczniczych

Istotnym elementem systemu budżetowania jest **zakładowy plan kont.** W większości podmiotów leczniczych dane z systemu finansowo-księgowego są podstawowymi danymi, które zarządzający wykorzystują do podejmowania decyzji czy też do oceny jego działalności lub poszczególnych

zadań. Pojawia się zatem problem odpowiedniej budowy kont księgowych na potrzeby sprawnego funkcjonowania systemu budżetowania w podmiocie leczniczym.

Informacje i dane pochodzące z ewidencji przychodów i kosztów muszą pozwalać z jednej strony na sporządzenie sprawozdań wynikających z przepisów prawa, a z drugiej na zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym podejmowanie odpowiednich decyzji, w szczególności zaś, z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania systemu budżetowania, sporządzanie zestawień **plan – wykonanie** oraz sprawozdań, których elementem jest m.in. rachunek wyników. Również informacje i dane z systemu finansowo-księgowego będą niezbędne do wykonania raportu z działalności podmiotu leczniczego¹².

Podmioty lecznicze na ogół ewidencję kosztów prowadzą w zespole 4 *Koszty rodzajowe i ich rozliczenie* oraz w zespole 5 *Koszty według rodzajów działalności i ich rozliczenie*.

Ewidencja w układzie rodzajowym uwzględnia w szczególności koszty amortyzacji, zużycia materiałów (leki, żywność, sprzęt jednorazowego użytku, odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne, paliwa), zużycie energii (energia elektryczna, energia cieplna), usługi obce (usługi remontowe, transportowe, medyczne, pozostałe usługi), podatki i opłaty, wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia (składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, fundusz pracy), świadczenia na rzecz pracowników, w tym odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, pozostałe koszty (podróże służbowe, ubezpieczenia OC i majątkowe).

Drugi układ ewidencji kosztów działalności podmiotu leczniczego jest prowadzony według wyodrębnionych miejsc powstawania kosztów. Wyodrębnia się m.in. łączne koszty oddziałów szpitalnych, zakładów diagnostyki obrazowej, przychodni, koszty działalności pomocniczej czy też koszty ogólnego zarządu. Często jest to układ powielony z klasycznej rachunkowości finansowej, zazwyczaj prowadzonej tak, aby można było sporządzać różne sprawozdania dla organów zewnętrznych. Po części też wynika on z przyzwyczajenia i wieloletnich praktyk księgowych. Jednakże na potrzeby funkcjonowania budżetowania i controllingu zazwyczaj taka ewidencja kosztów

¹² R. Kotapski, *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem...*, s. 48.

jest zbyt uboga. Ten problem zostanie przedstawiony na przykładzie szpitala onkologicznego¹³.

Przykład 7. Ewidencja kosztów w szpitalu onkologicznym

Generalnie koszty w szpitalu onkologicznym¹⁴ gromadzone były w układzie rodzajowym oraz według ich miejsc powstawania i służyły bardziej celom sprawozdawczym niż zarządczym. Uwzględniają one grupy i pozycje kosztów wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jednak na potrzeby zarządzania kosztami szpitala i ich kalkulacji musiały być one bardziej rozbudowane i uwzględniać wyodrębnione miejsca powstawania kosztów. Ten pogląd wynikał również z rozmowy z dyrektorem szpitala.

Koszty gromadzone według ośrodków kosztów uwzględniają poszczególne oddziały szpitalne, pracownie, laboratoria, bloki operacyjne, poradnie, zakłady, np. patomorfologii. Również uwzględniano łącznie koszty ogólne działalności szpitala, np. administracji, zarządu czy np. podoczyszczalni ścieków. Przeprowadzona analiza kosztów działalności szpitala wykazała, że brak było wyodrębnienia kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala, niektórych jednostek organizacyjnych oraz istotnych grup kosztów w ramach wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności za koszty. Nie wyodrębniono np. kosztów:

- utrzymania budynków szpitalnych,
- jednostek organizacyjnych, np. działu księgowości, działu kadr,
- ochrony i zabezpieczenia szpitala,
- obsługi technicznej szpitala,
- działań marketingowych.

¹³ Problematykę ewidencji kosztów działalności podmiotów leczniczych, w tym szpitali przedstawiają liczne prace, m.in. M. Chalastra, *Rachunek kosztów księgowego i controllera*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2018, s. 443–462; R. Kotapski, *Identyfikacja kosztów...*, s. 59–67; M. Kludacz, *Zasady rachunku kosztów niemieckich szpitali na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013, nr 289, s. 262–265; *Rachunkowość i sprawozdawczość...*, red. M. Hass-Symotiuik, s. 430–438; *Wzorcowy plan kont...*, red. G.K. Świdarska.

¹⁴ Opracowano na podstawie analizy systemu informacyjnego przeprowadzonej w szpitalu onkologicznym przez autora. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

Brak wyodrębnienia tych grup kosztów powoduje, że w praktyce trudno skutecznie planować i kontrolować koszty działalności szpitala, zwłaszcza, że są to stałe koszty jego działalności. Ponadto wpływało to na sposób budowy systemów motywacyjnych, gdyż trudno przedstawić wynik działalności poszczególnych obszarów działalności szpitala, np. oddziałów szpitalnych, jak i wyodrębnionych jednostek organizacyjnych. Należy zwrócić uwagę, że poszczególne wymienione powyżej grupy kosztów mają inne mechanizmy ich powstawania. Również uwagę zwraca fakt, że wyodrębnione ośrodki kosztów były zbyt syntetycznie ujęte w ewidencji kosztów i nie uwzględniały istotnych miejsc powstawania kosztów oraz procesów. Można to przedstawić na przykładzie kosztów zakładu radioterapii.

Koszty zakładu radioterapii jako ośrodka kosztów grupowane były tylko w układzie kalkulacyjnym kosztów. Uwzględniały one zasady ewidencji kosztów przedstawione w ww. rozporządzeniu. Natomiast ewidencja na potrzeby planowania i kontroli kosztów zakładu radioterapii powinna również uwzględniać koszty:

- realizacji usług, w tym koszty zużycia materiałów medycznych i innych niezbędnych do przeprowadzenia badania, np. naświetlania;
- utrzymania sprzętu i aparatury medycznej;
- zasobów ludzkich;
- obsługi technicznej zakładu radioterapii;
- rejestracji pacjentów;
- ogólne działalności zakładu, w tym jego zarządzania.

Innym aspektem było rozliczenie kosztów zakładu fizyki, który ponieważ był elementem prowadzonych naświetleń.

Przykład 8. Ewidencja kosztów w szpitalu powiatowym

W jednym ze szpitali powiatowych, który został przekształcony w spółkę z o.o. na mocy porozumienia z powiatem, jego zarząd dążył do wprowadzenia docelowo systemu controllingu. Jednym z jego elementów było opracowanie koncepcji systemu budżetowania i w konsekwencji nowego zakładowego planu kont w zakresie ewidencji kosztów działalności szpitala.

System budżetowania szpitala uwzględnia istotne miejsca powstawania kosztów oraz procesy. Punktem wyjścia opracowania budżetu szpitala

było wyodrębnienie istotnych ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów. Uwzględniały one przychodnie, oddziały szpitalne, izbę przyjęć, blok operacyjny, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, programy medyczne realizowane m.in. na zlecenie Narodowego Funduszu Zdrowia, pracownie diagnostyczne, aptekę, jednostki pomocnicze, zarządzanie i administrowanie szpitalem oraz utrzymanie infrastruktury ogólnej szpitala. W ramach wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności wyodrębniono grupy kosztów.

Zaproponowany zakładowy plan w zakresie ewidencji kosztów działalności szpitala odzwierciedla planowany system budżetowania. Koszty działalności oddziałów szpitalnych uwzględniają odrębnie koszty leczenia pacjenta, jego pobytu na oddziale, utrzymania sprzętu i aparatury medycznej na oddziale, zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz koszty wydziałowe. Ilustruje to tabela 79.

Tabela 79. Ewidencja kosztów oddziału szpitalnego

501	Koszty Oddziału Chirurgii Ogólnej
501-01-00	Koszty leczenia pacjentów
501-02-00	Koszty pobytu pacjentów na Oddziale
501-03-00	Koszty utrzymania aparatury medycznej
501-04-00	Koszty zasobów ludzkich
501-05-00	Koszty wydziałowe

Źródło: zakładowy plan kont szpitala. Za zgodą MARINA Sp. z o.o.

Każda z tych grup kosztów przedstawionych w tabeli 79 ma swój indywidualny układ kalkulacyjny kosztów. Wcześniej ewidencja kosztów działalności oddziału szpitalnego uwzględniała tylko układ kalkulacyjny kosztów. Ewidencja kosztów działalności pracowni diagnostycznych uwzględnia koszty utrzymania każdej pracowni diagnostycznej, w tym utrzymania sprzętu i aparatury medycznej, koszty zasobów ludzkich (lekarze, technicy), koszty rejestracji pacjentów. W przypadku kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wyodrębniono następujące grupy kosztów: leczenia pacjentów, gabinetu zabiegowego, pobytu pacjentów, zasobów ludzkich,

utrzymania kuchni zakładu, utrzymania budynku i koszty wydziałowe. Wcześniej ewidencja kosztów działalności zakładu obejmowała jedno konto z uwzględnieniem układu kalkulacyjnego kosztów. Ponadto w ewidencji kosztów działalności szpitala wyodrębniono koszty poszczególnych poradni, jednostek pomocniczych (m.in. apteka, tlenownia, sterylizatornia, kuchnia, pralnia, kotłownia), koszty zarządzania i obsługi (m.in. koszty rady nadzorczej, zarządu, działu finansowo-księgowego, działu służb pracownicznych, działu marketingu i sprzedaży). Dodatkowo wyodrębniono koszty infrastruktury ogólnej szpitala, a także samochodów i karettek. Dotyczą one kosztów poszczególnych budynków oraz utrzymania i zabezpieczenia terenu szpitala. Natomiast konto koszty ogólne działalności szpitala uwzględnia m.in. koszty organizacji zgromadzenia wspólników, obsługi prawnej, usług bankowych, wdrożeń np. systemów budżetowania, utrzymania sieci informatycznych, wysyłania korespondencji ogólnej, ubezpieczenia działalności szpitala jako całości.

Elementem wdrożenia zakładowego planu kont była również nowa dokumentacja, czyli komentarz do zakładowego planu kont. Opisano w nim zakres ewidencji na kontach, przykładowe pozycje kosztów, zasady tworzenia kont analitycznych do kont syntetycznych, zasady korespondencji z kontami przeciwstawnymi. Dokument ten jest istotny z punktu widzenia tworzenia informacji zarządczej szpitala. Reguluje on pewien zakres działalności szpitala. Brak jednoznacznej dokumentacji powoduje błędy w dekretacji dowodów księgowych. W konsekwencji wartość informacyjna danych jest mniejsza, a czasami wręcz bezwartościowa. Również dzięki tak przygotowanej dokumentacji koszty systemu informacyjnego są niższe, gdyż pracownicy nie tracą czasu na uzgodnienia, gdzie dany dowód zaksięgować.

Literatura

- Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, red. M. Jerzemowska, PWE, wyd. 1, 2004; wyd. 4, Warszawa 2018
- Analiza finansowa w zarządzaniu współczesnym przedsiębiorstwem*, red. M. Walczak, Difin, Warszawa 2007
- Bauer K., Macuda M., *Sprawozdanie finansowe jako źródło informacji dla interesariuszy restrukturyzowanego szpitala*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 503
- Bednarski L., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2007
- Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003
- Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2011
- Bierć A., *Sytuacja prawna przedsiębiorcy. Zagadnienia wybrane*, „Studia Prawnicze” 1998, nr 3
- Bławat F., *Podstawy analizy ekonomicznej. Teorie, przykłady, zadania*, CeDeWu, Warszawa 2011
- Bławat F., Drajka E., Figura P., Gawrycka M., Korol T., Prusak B., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Ocena sprawozdań finansowych, analiza wskaźnikowa*, CeDeWu, Warszawa 2017
- Błoch H., *Decyzje finansowe*, CIM, Warszawa 1993
- Bromber P., *Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65
- Bryła A., *Dobór modelu rachunku kosztów usług medycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 182
- Chalastra M., *Jak dostosować rachunek kosztów rzeczywistych do wymogów budżetowania w szpitalu*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2013, nr 12
- Chalastra M., *Rachunek kosztów księgowego i controllera*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2018
- Chalastra M., Kotapski R., *A budget in a district healthcare centre [w:] Knowledge for market use 2017: People in economics – decisions, behavior and normative models*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2017

- Cwynar A., Cwynar W., *Kreowanie wartości spółki poprzez długoterminowe decyzje finansowe*, Polska Akademia Rachunkowości S.A., Łódź 2007
- Cygańska M., *A clinical efficiency index for the measurement of hospital performance: development and validation*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2019, vol. 63, nr 2
- Cygańska M., *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 388
- Cygańska M., Gierusz J., *Ewolucja zasad kontraktowania usług zdrowotnych w Polsce na tle wybranych krajów*, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania, Sopot 2007, http://zif.wzr.pl/pim/2007_4_2.pdf [dostęp: 27.04.2021]
- Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, PWN, Warszawa 2011
- Czubakowska K., *Budżetowanie w controllingu*, ODDK, Gdańsk 2004
- Daszkowska M., *Usługi, produkcja, rynek, marketing*, PWN, Warszawa 1998
- Duda J., Wolak-Tuzimek A., *Ventures capital jako źródło finansowania inwestycji małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce*, „Ekonomia Menedżerska” 2008, nr 3
- Dudycz T., *Analiza finansowa jako narzędzie zarządzania finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Indygo Zahir Media, Wrocław 2011
- Dudycz T., *Analiza finansowa jako narzędzie zarządzania finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1999
- Duliniec A., *Struktura i koszt kapitału w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 2001
- Dyduch A., Sierpińska M., Wilimowska Z., *Finanse i rachunkowość*, PWE, Warszawa 2013
- Dyktus J., Gaertner M., Malik B., *Sprawozdawczość i analiza finansowa*, Difin, Warszawa 2017
- Dyląg A., *Odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych*, „Państwo i Prawo” 2013, z. 1
- Ewaluacja wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP*, Raport dla NFZ, EYGM, Warszawa 2015, <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/NFZ-JGP-Raport-Streszczenie.pdf> [dostęp: 28.04.2021]
- Finanse przedsiębiorstwa*, red. L. Szyszko, PWE, Warszawa 2000
- Gabrusiewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*, PWE, Warszawa 2013
- Gabrusiewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*, PWE, Warszawa 2014
- Gabrusiewicz W., *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2005
- Gajdka J., *Teorie struktury kapitału i ich aplikacja w warunkach polskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002
- Garbarski L., Rutkowski I., Wrzosek W., *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, PWE, Warszawa 2000

- Gąsioriewicz L., *Analiza ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw*, OWPW, Warszawa 2011
- Gierusz J., *Plan kont z komentarzem. Handel. Produkcja. Usługi*, ODDK, Gdańsk 2009
- Gierusz J., Cygańska M., *Budżetowanie kosztów działań w szpitalu*, ODDK, Gdańsk 2009
- Gierusz J., Ossowski M., *Etapy wdrażania systemu budżetowania*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2004, nr 10
- Gilewski D., *Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu*, NFZ, Warszawa 2010, https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/JGP_2_11_07_2010.pdf [dostęp: 28.04.2021]
- Gołaszewski P., Urbanek P., Walińska E., *Analiza sprawozdań finansowych*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Łódź 2001
- Gorczyńska M., Wieczorek-Kosmala M., Znaniecka K., *Finanse przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008
- Gos W., *Rachunek przepływów pieniężnych*, Difin, Warszawa 2011
- Greiner O., *Strategiegerechte Budgetierung*, Verlag Franz Vahlen, München 2004
- Grzenkowski N., Kowalczyk J., Kusak A., Podgórski Z., *Analiza finansowo-ekonomiczna jako narzędzie oceny kondycji przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017
- Hass-Symotiuk M., *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, ODDK, Gdańsk 2008
- Hass-Symotiuk H., *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011
- Horngren C.T., Datar S.M., Foster G., *Cost Accounting a Managerial Emphasis*, Prentice Hall, New York 2002
- Horváth P., *Controlling*, Verlag Franz Vahlen, München 2001
- Iwin-Garżyńska J., *Szkice o kapitale i podatkach w istocie nauki finansów przedsiębiorstw*, Difin, Warszawa 2010
- Jakubiec I., *Wzór instrukcji controllingu*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2010, nr 5
- Janik W., *Budżetowanie jako metoda zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu” 2006, nr 1103
- Janik W., *Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. XIII, nr 4
- Jaruga A.A., Nowak W.A., Szychta A., *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, Absolwent, Łódź 1999
- Jaworzyńska M., *Metody finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2012, nr 46/4

- Jerzewska M., *Kształtowanie struktury kapitału w spółkach akcyjnych*, PWN, Warszawa 1999
- Jędrzejak B., *Instrukcja budżetowa jako istotne narzędzie wdrożenia i standaryzacji procedur budżetowania w ZOZ*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2009, nr 19
- Kamiński R., *Sprawozdawczość finansowa przedsiębiorstwa w regulacjach polskich i międzynarodowych*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2015
- Kardasz A., Kotapski R., Szerbiński A., *Istota i monitorowanie ośrodków odpowiedzialności za koszty*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2000, nr 9
- Karpuś P., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001
- Kawa M., *O przyczynach ograniczających efekty outsourcingu funkcji i zadań działu finansowo-księgowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2012, nr 251
- Kawa M., *Outsourcing finansowo-księgowy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2017
- Kawa M., Prądo M., *Outsourcing controllingu – szanse i zagrożenia*, „Controlling i Zarządzanie” 2017, nr 3 (17)
- Kes Z., *Kontrola budżetowa kosztów* [w:] *Budżetowanie kosztów przedsiębiorstwa*, red. E. Nowak, ODDK, Gdańsk 2002
- Kissimova-Skarbek K., *Finansowanie opieki zdrowotnej* [w:] *Zdrowie publiczne*, t. 2, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001
- Kiziukiewicz T., Sawicki K., Wardyn B., *Operatywna kontrola kosztów*, PWE, Warszawa 1986
- Klimas M., *Kontrola wewnętrzna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1985
- Kłudacz M., *Zasady rachunku kosztów niemieckich szpitali na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013, nr 289
- Kosikowski C., *Polskie publiczne prawo gospodarcze*, PWN, Warszawa 2001
- Kotapski R., *Budżet działalności pracowni diagnostycznych w szpitalu*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, nr 73
- Kotapski R., *Budżet kosztów szpitala*, „Controlling i Zarządzanie” 2020, nr 2 (34)
- Kotapski R., *Budżetowanie a organizacja*, „Controlling i Zarządzanie” 2017, nr 4 (18)
- Kotapski R., *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Kompendium wiedzy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2006
- Kotapski R., *Budżetowanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem budowlano-montażowym*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2014

- Kotapski R., *Calculation and accounting of services costs in the hospital diagnostic laboratories* [w:] *Knowledge for Market Use 2015: Women in business in the Past and the Present*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2015
- Kotapski R., *Cost management in health center* [w:] *Knowledge for Market Use 2014: Media and Communication in the 21st Century*, ed. P. Slavičková, Societas Scientiarum Olomucensis II, Olomouc 2014
- Kotapski R., *Identyfikacja kosztów działalności szpitala i ich ewidencja na przykładach szpitali publicznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 70
- Kotapski R., *Implementing a hospital budget as an element of changes in its management*, „Economics” 2013, vol. 92 (3), Supplement A
- Kotapski R., *Jak przygotować budżet działu księgowości*, „Biuletyn Rachunkowości i Finansów” 2006, nr 8
- Kotapski R., *Jakie są koszty działalności izby przyjęć w szpitalu*, „Controlling i Zarządzanie” 2016, nr 2 (10)
- Kotapski R., *Jakie są koszty działalności oddziału szpitalnego*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2014, nr 9
- Kotapski R., *Jakie są koszty działalności przychodni zdrowia*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2014, nr 12
- Kotapski R., *Kalkulacja kosztów operacji pacjenta*, „Controlling i Zarządzanie” 2015, nr 5
- Kotapski R., *Koszty utrzymania i eksploatacji bloku operacyjnego w szpitalu a koszty operacji pacjenta*, „Controlling i Zarządzanie” 2015, nr 4
- Kotapski R., *Księga budżetowa jako przewodnik po systemie budżetowania przedsiębiorstwa*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2004, nr 11
- Kotapski R., *Ośrodki odpowiedzialności i miejsca powstawania kosztów w podmiotach leczniczych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 424
- Kotapski R., *Sprawdź jak pracuje przedsiębiorstwo*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2005, nr 2
- Kotapski R., *Ujmowanie kosztów działalności na potrzeby zarządzania zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 80
- Kotapski R., Kowalak R., Lew G., *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Kompendium wiedzy*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2020
- Kotler P., *Marketing. Analizowanie, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994
- Kotler P., Armstrong G., Saunders J., Wong V., *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002

- Kotowska B., Uziębło A., Wyszowska-Kaniewska O., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie. Przykłady i rozwiązania*, CeDeWu, Warszawa 2013
- Kowal A., *Kalkulacja kosztów sporządzania leków recepturowych*, „Controlling i Zarządzanie” 2021, nr 1 (39)
- Kowalewski M., *Planowanie w komercyjnej firmie medycznej* [w:] *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008
- Krawczyk W., Bek-Gaik B., Łada-Cieślak M., *Budżetowanie działalności przedsiębiorstw*, Agencja Wydawniczo-Poligraficzna, Kraków 2001
- Kreczmańska-Gigol K., *Istota i uwarunkowania płynności strukturalnej* [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, red. J. Ostaszewski, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2015
- Krzeczewski B., *Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65
- Krzeczewski B., *Zadłużenie łódzkich szpitali publicznych a bezpieczeństwo ich funkcjonowania – wybrane przykłady*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2013, nr 284, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/10298/07-krzeczewski.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 30.04.2021]
- Kuciński A., *Statyczna ocena płynności finansowej przedsiębiorstwa – ujęcie teoretyczne*, „Przedsiębiorstwo we Współczesnej Gospodarcie – Teoria i Praktyka” 2018, nr 2
- Kusak A., *Jak określić potrzeby finansowe firmy. ABC finansów*, „Serwis Finansowo-Księgowy” 2004, nr 10 (464)
- Kusak A., *Płynność finansowa. Analiza i sterowanie*, WWZ – Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania, Warszawa 2006
- Leksykon rachunkowości*, red. E. Nowak, PWN, Warszawa 1996
- Lew G., *Controlling przedsiębiorstw handlowych*, Difin, Warszawa 2004
- Łagowski P., *Analiza finansowa kluczowych podmiotów leczniczych w województwie dolnośląskim* [w:] *Sytuacja przedsiębiorcy w warunkach pokryzysowych*, red. A. Ćwiakła-Małys, E. Rutkowska-Tomaszewska, „Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. Finanse i Rachunkowość” 2016, nr 2, http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/89227/09_P_Lagowski_Analiza_finansowa_kluczowych_podmiotow_leczniczych.pdf [dostęp: 30.04.2021]
- Maciejewska I., Kotapski R., *Budżet działalności specjalistycznej poradni kardiologicznej*, „Controlling i Zarządzanie” 2020, nr 5 (37)
- Marchewka K., *Główne nurty w teorii kapitału*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2000, z. 243 (3)

- Müller W., *Integrierte Erfolgs- und Finanzplanung: Ein Leitfaden für die Unternehmensplanung im Mittelstand*, Shaker Verlag GmbH, Aachen 2002
- Nesterak J., *Controlling zarządczy. Projektowanie i wdrażanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004
- Nowak E., *Analiza sprawozdań finansowych*, PWN, Warszawa 2008
- Nowak E., *Jak czytać sprawozdania finansowe*, PWE, Warszawa 2017
- Nowak E., *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 2003
- Nowicki P., Pobrotyn P., Drobnik J., Kollbek P., Kotłowski P., *Budżetowanie jako narzędzie wspomagające zarządzanie finansami w zakładzie opieki zdrowotnej* [w:] *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego*, t. 1, *Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing*, red. A. Drobnik, P. Kollbek, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006
- Olchowicz I., *Podstawy rachunkowości. Wykład*, t. 1, Difin, Warszawa 2016
- Opis działania algorytmu JGP wersja 1.1.2019, NFZ, Warszawa 2019, <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/jednorodne-grupy-pacjentow/komunikaty-jgp/informacja-dotyczaca-publicacji-opisu-algorytmu-jgp,44.html> [dostęp: 28.04.2021]
- Osiński K., *System Jednorodnych Grup Pacjentów – różne zastosowania systemu*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2017, nr 7 (3)
- Ossowski M., *Budżetowanie*, Wyższa Szkoła Finansów i Rachunkowości, Sopot 2005
- Paczuła C., *Kontrola wewnętrzna w zarządzaniu firmą*, „Serwis Finansowo-Księgowy” 1998, nr 31–32 (173–174)
- Pałka M., *Zakładowy plan kont dla jednostek prowadzących działalność gospodarczą*, EKSPERT Wydawnictwo i Doradztwo, Wrocław 2009
- Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996
- Piasecki B., *Ekonomika i zarządzanie małą firmą*, PWN, Warszawa–Łódź 1999
- Pietraszewska-Macheta A., *Nowe procedury kontraktowania i rozliczania z NFZ świadczeń medycznych*, ODDK, Gdańsk 2012
- Pike R., Neale B., *Corporate Finance and Investment*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1993
- Pluta-Olearnik M., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1993
- Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, PWN, Warszawa 2008
- Pomykańska B., Pomykański P., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007

- Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., *Plynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013, nr 62
- Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, ODDK, Gdańsk 2008
- Rogoziński K., *Usługi rynkowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993
- Rumniak P., *Problemy we wdrażaniu systemu budżetowania w przedsiębiorstwach przemysłowych* [w:] *Funkcjonowanie controllingu w polskich przedsiębiorstwach*, PPH Zapol s.c., Szczecin 2000
- Rutkowski A., *Zarządzanie finansami*, PWE, Warszawa 2003
- Sajnóg A., *Zysk całkowity a rentowność kapitału własnego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2016, nr 263
- Samelak J., *Zintegrowane sprawozdanie przedsiębiorstwa społecznie odpowiedzialnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWN, wyd. 1, Warszawa 1993; wyd. 3, Warszawa 2004
- Siwoń B., *Kontrola gospodarcza kosztów działalności*, PWE, Warszawa 1983
- Skowronek-Mielczarek A., Leszczyński Z., *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2008
- Sprawozdanie finansowe Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu za rok 2015, http://www.aszk.wroc.pl/ASK_source/dokumenty_pdf/bip/spraw_fin_2015.pdf [dostęp: 30.04.2021]
- Sprawozdanie Zarządu z działalności Swissmed Centrum Zdrowia S.A. za okres od 1 kwietnia 2018 do 31 marca 2019, https://swissmed.com.pl/pliki/Raporty%20Zalaczniki/raport_roczny_2018/jednostkowy/SPRAWOZDANIE%20ZARZ%C4%84DU%202018_SWISSMED_JEDNOSTKA%20DOMINU%C4%84CA%2030.07.2019.pdf [dostęp: 30.04.2021]
- Stanton W.J., *Fundamentals of Marketing*, Mc Graw Hill, New York 1981
- Stępień K., *Definicyjne i metodyczne problemy rentowności*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2013, nr 920
- Stoma M., *Usługa jako kluczowy produkt współczesnego rynku – charakterystyka rynku usług w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2012, z. 120
- Strategia, finanse i koszty szpitala*, red. J. Stępniewski, Wolters Kluwer, Warszawa 2008
- Szczerbiński A., *Metody budżetowania kosztów* [w:] *Budżetowanie kosztów przedsiębiorstwa*, red. E. Nowak, ODDK, Gdańsk 2002
- Szydło M., *Pojęcie przedsiębiorcy w prawie polskim*, „Przegląd Sądowy” 2002, nr 7–8

- Świderska G.K., Pielaszek M., *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015
- Talarska M., *Budżet działalności oddziału szpitalnego na przykładzie oddziału anesteziologii i intensywnej terapii medycznej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2012, nr 268
- Talarska M., *Budżetowanie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 135
- Talarska M., *Ośrodki odpowiedzialności w procesie budżetowania w szpitalach publicznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 123
- Talarska M., *Pojęcie instrukcji budżetowej i instrukcji sporządzenia budżetu w systemie budżetowania w szpitalach publicznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 188
- Turowska W., Węgrzyn A., *Rachunkowość*, Wydawnictwo MARINA, Wrocław 2013
- Urbańczyk E., *Metody ilościowe w analizie finansowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1998
- Walaszek-Pyziół A., *Status prawny przedsiębiorcy w świetle projektu ustawy – Prawo działalności gospodarczej*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 1999, nr 5
- Warelis A., *Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2011, nr 44
- Wasilewski D., *Siec szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2016/09/Siec-szpitali-2017.pdf> [dostęp: 30.04.2021]
- Waśniewski T., Skoczylas W., *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004
- Wędzki D., *Analiza wskaźnikowa sprawozdania finansowego według polskiego prawa bilansowego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015
- Winiarska K., *Zarządzanie przez budżetowanie*, „Monitor Rachunkowości i Finansów” 2001, nr 4, zeszyt specjalny
- Wojciechowska U., *Płynność finansowa polskich przedsiębiorstw w okresie transformacji gospodarki. Aspekty makroekonomiczne i mikroekonomiczne*, SGH, Warszawa 2001
- Wolak-Tuzimek A., *Analiza porównawcza zewnętrznych źródeł finansowania działalności przedsiębiorstw [w:] Ludzie, zarządzanie, gospodarka*, Wydział Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach 2013, nr 1
- Wzorcowy plan kont dla Zakładów Opieki Zdrowotnej – ewidencja kosztów w systemie finansowo-księgowym*, red. G.K. Świderska, SGH, Warszawa 2011

Zaleska B., *Rola wskaźników finansowych w analizie i prognozie sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych Politechniki Koszalińskiej” 2017, nr 21

Zieliński T.M., *Zasobowo-procesowy rachunek kosztów. ZPRK/RPCA*, Akademia Controllingu, Poznań 2017

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.)
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.)
- Ustawa z dnia 29 września 1997 r. o rachunkowości (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 217)
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1383)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711)
- Ustawa z dnia 15 stycznia 2015 r. o obligacjach (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1208 ze zm.)
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.)
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 162)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 731 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832)

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-182017dsoz,6565.html> [dostęp: 4.05.2021]

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 92/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-922019dsoz,6972.html> [dostęp: 28.04.2021]

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prmz_ef_16072007.pdf (10.10.2019)

Spis tabel i rysunków

Tabela 1.	Podmiot leczniczy jako przedsiębiorstwo – wyodrębnienie ekonomiczne, prawne i techniczno-organizacyjne	17
Tabela 2.	Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza	19
Tabela 3.	Przegląd definicji usług w literaturze z zakresu marketingu	21
Tabela 4.	Cechy świadczeń zdrowotnych	22
Tabela 5.	Charakterystyka obszarów zarządzania finansami podmiotów leczniczych	24
Tabela 6.	Przegląd definicji kapitału w literaturze przedmiotu	28
Tabela 7.	Funkcje kapitału w przedsiębiorstwie	29
Tabela 8.	Podstawowe kryteria klasyfikacji źródeł finansowania podmiotów leczniczych	30
Tabela 9.	Zalety i wady kapitału własnego i obcego	31
Tabela 10.	Formy kapitału krótko- i długoterminowego	35
Tabela 11.	Definicje struktury kapitału w literaturze przedmiotu	37
Tabela 12.	Cechy kapitałów własnych i obcych podmiotów leczniczych	41
Tabela 13.	Źródła finansowania i kierunki wydatkowania środków przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ)	43
Tabela 14.	Pasywa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (dane ze sprawozdania finansowego za rok 2015)	44
Tabela 15.	Pasywa Swissmed Centrum Zdrowia S.A. (dane ze sprawozdania finansowego za okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2019 r.)	46
Tabela 16.	Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia świadczeniodawcy	53

Tabela 17.	Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia płatnika	55
Tabela 18.	Cechy charakterystyczne kontraktów blokowych jako systemów wynagradzania świadczeniodawców za usługi medyczne z punktu widzenia pacjenta	56
Tabela 19.	Struktura systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Polsce wraz z liczbą sekcji i grup (stan na wrzesień 2015 r.)	59
Tabela 20.	Wybrane sekcje systemu Jednorodnych Grup Pacjentów	60
Tabela 21.	Wartości stawek kapitaacyjnych porad w POZ za wybrane świadczenia lekarza i pielęgniarki od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2020 r.	63
Tabela 22.	Etapy postępowania w przedmiocie przeprowadzenia konkursu ofert i rokowań dotyczących kontraktowania NFZ ...	67
Tabela 23.	Wzór oferty w konkursie ofert/rokowaniach w postępowaniu dotyczącym zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	69
Tabela 24.	Kryteria klasyfikacji i rodzaje analizy finansowej	73
Tabela 25.	Materiały ewidencyjne i pozaewidencyjne wykorzystywane w analizie ekonomicznej podmiotu leczniczego – wybrane przykłady	75
Tabela 26.	Klasyfikacja sprawozdań finansowych	77
Tabela 27.	Zakres potrzeb informacyjnych interesariuszy wewnętrznych podmiotu leczniczego	78
Tabela 28.	Zakres potrzeb informacyjnych interesariuszy zewnętrznych podmiotu leczniczego	80
Tabela 29.	Statyczne wskaźniki płynności finansowej	89
Tabela 30.	Wskaźniki struktury przepływów pieniężnych	91
Tabela 31.	Wskaźniki wydajności gotówkowej	93
Tabela 32.	Wskaźniki wystarczalności gotówki	94
Tabela 33.	Wskaźniki zyskowności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ	106
Tabela 34.	Wskaźniki płynności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ	108
Tabela 35.	Wskaźniki efektywności w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ	109
Tabela 36.	Wskaźniki zadłużenia w ocenie sytuacji finansowej SPZOZ	111

Tabela 37.	Przedziały wartości i ocena punktowa wskaźników stosowanych do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	113
Tabela 38.	Wykaz elementów systemu budżetowania w powiatowym centrum zdrowia	134
Tabela 39.	Ośrodki odpowiedzialności za koszty i miejsca powstawania kosztów szpitala	141
Tabela 40.	Wyodrębnione miejsca powstawania kosztów w przychodni rejonowej	143
Tabela 41.	Przychody osiągane przez szpital ujęte w budżecie operacyjnym	147
Tabela 42.	Koszty działalności szpitala z uwzględnieniem kosztów według rodzaju	149
Tabela 43.	Budżet kosztów szpitala z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności	151
Tabela 44.	Rachunek wyników działalności szpitala z uwzględnieniem kosztów według rodzaju	156
Tabela 45.	Rachunek wyników działalności szpitala z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności i miejsc powstawania kosztów	158
Tabela 46.	Przychody oddziału szpitalnego	167
Tabela 47.	Koszty oddziału szpitalnego w układzie rodzajowym	168
Tabela 48.	Koszty oddziału szpitalnego w układzie miejsc powstawania	170
Tabela 49.	Koszty leczenia pacjenta na oddziale szpitalnym	170
Tabela 50.	Rachunek wyników oddziału szpitalnego z uwzględnieniem kosztów rodzajowych	173
Tabela 51.	Rachunek wyników działalności oddziału szpitalnego z uwzględnieniem kosztów procesów	174
Tabela 52.	Parametry i wskaźniki oceny działalności oddziału szpitalnego	176
Tabela 53.	Koszty działalności izby przyjęć w układzie miejsc powstawania	184

Tabela 54.	Liczba pacjentów izby przyjęć	185
Tabela 55.	Przychody zakładu diagnostyki obrazowej	192
Tabela 56.	Koszty zakładu diagnostyki obrazowej	193
Tabela 57.	Koszty działalności pracowni diagnostycznej (RTG)	194
Tabela 58.	Rachunek wyników zakładu diagnostyki obrazowej	195
Tabela 59.	Rachunek wyników zakładu diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem kosztów według miejsc powstawania	196
Tabela 60.	Koszty działalności zakładu radioterapii	199
Tabela 61.	Budżet kosztów działalności bloku operacyjnego	203
Tabela 62.	Budżet kosztów działalności pomocniczej szpitala	208
Tabela 63.	Budżet kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej szpitala	212
Tabela 64.	Koszty utrzymania budynku	213
Tabela 65.	Budżet kosztów zarządzania i obsługi szpitala	218
Tabela 66.	Koszty działu finansowo-księgowego	220
Tabela 67.	Przychody z działalności przychodni zdrowia	232
Tabela 68.	Koszty działalności przychodni zdrowia	234
Tabela 69.	Koszty utrzymania standardowego gabinetu lekarskiego	235
Tabela 70.	Rachunek wyników przychodni zdrowia	236
Tabela 71.	Rachunek wyników poradni okulistycznej	237
Tabela 72.	Podstawy rozliczeń kosztów przypisanych do poradni okulistycznej	239
Tabela 73.	Grupowanie kosztów zakładu na potrzeby budżetowania	247
Tabela 74.	Koszty działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego	248
Tabela 75.	Ogólna klasyfikacja kontroli	251
Tabela 76.	Przykładowe wskaźniki oceny działalności spółki	258
Tabela 77.	Odchylenia kosztów rzeczywistych od planowanych dla oddziału szpitalnego	259
Tabela 78.	Harmonogram zadań do realizacji	260
Tabela 79.	Ewidencja kosztów oddziału szpitalnego	265
Rysunek 1.	Klasyfikacja źródeł finansowania podmiotów leczniczych według źródła pochodzenia kapitału	32
Rysunek 2.	Schemat procesu budżetowania	121
Rysunek 3.	Struktura budżetu głównego podmiotu leczniczego	123
Rysunek 4.	Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala onkologicznego	131

Rysunek 5.	Schemat ideowy budżetu operacyjnego szpitala	146
Rysunek 6.	Struktura kosztów oddziału szpitalnego	162
Rysunek 7.	Schemat ideowy budżetu działalności oddziału szpitalnego	166
Rysunek 8.	Struktura kosztów działalności izby przyjęć	179
Rysunek 9.	Struktura kosztów usług obcych	180
Rysunek 10.	Struktura kosztów zużycia materiałów w izbie przyjęć szpitala	181
Rysunek 11.	Struktura kosztów działalności izby przyjęć szpitala z uwzględnieniem kosztów procesów	183
Rysunek 12.	Schemat ideowy budżetu zakładu diagnostyki obrazowej	190
Rysunek 13.	Schemat ideowy przykładowego budżetu kosztów działalności bloku operacyjnego	202
Rysunek 14.	Schemat ideowy budżetu kosztów działalności pomocniczej szpitala	207
Rysunek 15.	Schemat ideowy budżetu kosztów utrzymania infrastruktury ogólnej	211
Rysunek 16.	Schemat ideowy budżetu kosztów zarządzania i obsługi szpitala	217
Rysunek 17.	Schemat budżetu przychodni zdrowia	231
Rysunek 18.	Roczna struktura kosztów działalności zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego według układu rodzajowego kosztów	243
Rysunek 19.	Roczna struktura kosztów zakładu pielęgnacyjno- -opiekuńczego według miejsc powstawania kosztów	245
Rysunek 20.	Roczna struktura kosztów oddziału pielęgnacyjno- -opiekuńczego	246

