

Beata Zaleska,*

Anna Wallis**

RACHUNKOWOŚĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zarys treści: Zakłady opieki zdrowotnej powołane są do świadczenia usług medycznych. Realizują więc nie tylko cele ekonomiczne ale także a może przede wszystkim cele społeczne. Wpływa to w istotny sposób na kształt prowadzonej przez nie rachunkowości. Dotyczy to przede wszystkim informacji, które generuje rachunkowość a które są potrzebne do zarządzania. Informacje medyczne mają wymiar ekonomiczny, który pozwala na dokonywanie porównań i analiz rentowności poszczególnych usług. Specyficzny jest rachunek kosztów, w którym dokonuje się wyceny tak trudno mierzalnych świadczeń zdrowotnych. To wszystko wpływa na stosowanie specyficznych rozwiązań w rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: rachunkowość, zakład opieki zdrowotnej

Wstęp

Informacji finansowych potrzebnych do podejmowania decyzji w każdej jednostce gospodarczej dostarcza rachunkowość. Różni autorzy definicji rachunkowości biorą pod uwagę „złożone aspekty przedmiotu tej rozwijającej się ciągle i doskonalonej dziedziny teorii i praktyki gospodarczej”¹. W literaturze przedmiotu rachunkowość jest traktowana jako system ewidencji zdarzeń i procesów gospodarczych, system informacyjny, język działalności gospodarczej, system pomiaru, działalność usługowa, środek służący do przedstawienia bieżącej ekonomicznej rzeczywistości, ideologia². Rachunkowość jako system informacyjny, służy zaspokajaniu potrzeb poznawczych odbiorców zewnętrznych i wewnętrznych. Informacje te dotyczą wartości majątku i efektywności jego wykorzystania, sytuacji finansowej, poziomu wyniku finansowego, generowanych przychodów i ponoszonych kosztów, poziomu zobowiązań i należności. Odgrywają one dużą rolę w zarządzaniu przy podejmowaniu decyzji oraz służą do analiz pozycji

* adiunkt, Zakład Zarządzania, Instytut Ekonomii i Zarządzania, Politechnika Koszalińska

** adiunkt, Zakład Rachunkowości, Instytut Ekonomii i Zarządzania, Politechnika Koszalińska

¹ I. Olchowicz, *Podstawy rachunkowości wykład*. T. I. Difin, Warszawa 2004, s. 13.

² A. Szychta, *Teoria rachunkowości Richarda Mattessicha w świetle podstawowych kierunków rozwoju nauki rachunkowości. Studium metodologiczne*. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996, s. 19–22.

jednostki na rynku i planowania jej przyszłości. Rachunkowość zajmuje się więc liczbowym wymiarem i interpretacją dla celów poznawczych i decyzyjnych określonych zjawisk i procesów występujących w jednostkach gospodarczych. Pełniąc różnorodne funkcje w przedsiębiorstwie, pomaga w osiągnięciu celu głównego, zależnego od specyfiki prowadzonej działalności. Wyznacza on wybór technik i form ewidencyjnych.

Specyfika rachunkowości zakładu opieki zdrowotnej

System informacyjny rachunkowości każdej jednostki gospodarczej, w tym zakładu opieki zdrowotnej, jest kształtowany zarówno przez czynniki zewnętrzne jak i wewnętrzne (przedstawia je tabela 2.8).

Tabela 1. Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne wpływające na kształt rachunkowości ZOZ

Table 1. Internal and external factor affecting the accountancy shape in medical service institutions.

Czynniki zewnętrzne	Czynniki wewnętrzne
– Obowiązujące regulacje prawne	– Specyfika prowadzonej działalności, czyli zakres i rodzaj wykonywanych usług zdrowotnych
– System polityczny	– Wielkość jednostki, organizacja świadczonych usług
– System podatkowy	– Zakres potrzeb informacyjnych odbiorców wewnętrznych
– System opieki zdrowotnej	– Poziom wiedzy kadry kierowniczej
– System finansowania świadczeń medycznych	– Sposób zarządzania
– Rynki finansowe	– Stosowane technologie
– Warunki socjalne	– Środki techniki obliczeniowej i wyposażenie w sprzęt i aparaturę (infrastruktura)
– Organizacje zawodowe, kultura	

Źródło: L.H. Radebaugh, S.J. Gray: *International Accounting Multinational Enterprises*. John Wiley & Sons, New York 1995, s. 44.

Source: L.H. Radebaugh, S.J. Gray: *International Accounting Multinational Enterprises*. John Wiley & Sons, New York 1995, s. 44.

- Na kształt rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej duży wpływ mają **regulacje prawne:**
- Ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (tekst jednolity Dz. U. 2002 nr 76, poz. 694 z późn. zm.),
- krajowe standardy rachunkowości,
- Międzynarodowe Standardy Rachunkowości,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów

w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1998, nr 164, poz. 1194).

Usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej oznaczało konieczność stosowania przez nie przepisów ustawy o rachunkowości. Zgodnie z prawem bilansowym, rachunkowość musi respektować określone zasady, zwane koncepcjami, które nadają informacjom przez nią generowanym walory wiarygodności, rzetelności, prawdziwości, sprawdzalności. Najważniejszą z nich jest zasada wiernego i rzetelnego obrazu. Prawo bilansowe umożliwia wybór określonych rozwiązań, które mają umożliwić rzetelne przedstawienie sytuacji majątkowej i finansowej oraz dokonań zakładu opieki zdrowotnej. Dotyczy to w szczególności:

- a) określenia roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych³;
- b) metod wyceny aktywów i pasywów oraz ustalenia wyniku finansowego w zakresie, w jakim pozwala prawo⁴;
- c) sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych⁵ (dziennika – księgi głównej, ksiąg pomocniczych, zestawienia obrotów i sald księgi głównej, zestawienia obrotów i sald księgi pomocniczej), w tym zakładowego planu kont;
- d) systemu ochrony danych i ich zbiorów⁶.

Przyjęte rozwiązania rachunkowości w zakładzie opieki zdrowotnej muszą być zapisane w dokumentacji zasad (polityki) rachunkowości⁷.

³ Określenie roku obrotowego stosowane przez SPZOZ polega na ustaleniu daty jego rozpoczęcia i zakończenia oraz wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych.

⁴ Kierownik SPZOZ w dokumentacji zasad (polityki) rachunkowości określa rozwiązania, jakie przyjęto do wyceny majątku trwałego, wartości niematerialnych i prawnych, aktywów finansowych, należności, zapasów, rezerw, rozliczeń między okresowych kosztów i przychodów, kapitałów własnych i zobowiązań. Dla poszczególnych pozycji bilansowych należy wskazać zasady wyceny wstępnej i na dzień bilansowy.

⁵ Należy określić zakładowy plan kont (wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych, zasady prowadzenia ksiąg pomocniczych oraz ich powiązanie z kontami księgi głównej), wykaz ksiąg rachunkowych, opis systemów przetwarzania danych.

⁶ System ochrony danych i zbiorów trzeba opracować zgodnie z ustawą o rachunkowości. Dokumentację podlegającą ochronie stanowią księgi rachunkowe, dowody księgowo, dokumenty inwentaryzacyjne, sprawozdania finansowe i inne dokumenty, będące podstawą do dokonania w nich zapisów.

⁷ Międzynarodowy Standard Rachunkowości nr 1 przedstawia politykę rachunkowości jako „zasady, reguły, metody, uzgodnienia umowne i procedury przyjęte przez kierownictwo przedsiębiorstwa przy opracowywaniu i prezentacji sprawozdań finansowych”. Ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości. Tekst jednolity Dz. U. 2002, nr 76, poz. 694, z późn. zm.

W rozporządzeniu w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej określono, że systemy ewidencyjne kosztów powinny być tak zbudowane, aby była możliwa kalkulacja kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych. Według rozporządzenia, należy ewidencjonować wszystkie koszty ponoszone przez zakład opieki zdrowotnej w układach rodzajowym i podmiotowo-przedmiotowym. Rodzajowy układ kosztów grupuje je według rodzaju (zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzacja, pozostałe koszty). Koszty w układzie podmiotowym są grupowane według ośrodków kosztów działalności podstawowej (związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych), ośrodków kosztów działalności pomocniczej (związanych z wykonywaniem działalności wspomagającej działalność podstawową) i ośrodków kosztów zarządu (związanych z zarządzaniem zakładem jako całością)⁸. W zakładowym planie kont ustalonym dla całego zakładu należy uwzględnić wszystkie ośrodki kosztów. W ośrodkach kosztów wyróżnia się następujące nośniki kosztów (przedmiotowe ujęcie kosztów):

- a) **osobodzień opieki⁹ oraz pacjent z przepisanimi mu lekami i procedurami medycznymi¹⁰** – w ośrodkach kosztów działalności podstawowej będącymi oddziałami;
- b) **procedury medyczne¹¹** – w pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej;
- c) świadczone **usługi** – w ośrodkach kosztów działalności pomocniczej.

⁸ Do ośrodków działalności podstawowej w szpitalu należą oddziały szpitalne, poradnie, ambulatoria przy izbie przyjęć, pracownie diagnostyczne, zespoły wyjazdowe, laboratorium, blok operacyjny, blok porodowy. Do ośrodków działalności pomocniczej należą apteka, izba przyjęć, centralna sterylizatornia, dział statystyki i dokumentacji chorych, dział techniczny, dział gospodarczy, pralnia, kuchnia, kotłownia, kostnica, transport gospodarczy i inne. Do ośrodków kosztów zarządu należą dział kadr, dział księgowy, dział zamówień publicznych, dział zaopatrzenia, dział środków trwałych, dział prawny, dział metodyczno-organizacyjny, dział controllingu.

⁹ Z podziałem na osobodzień hotelowy (pobytowy) i osobodzień opieki medycznej (przy łóżku chorego).

¹⁰ Leki przypisuje się konkretnemu pacjentowi, który je otrzymuje. Procedury na rzecz pacjenta to te, które szpital zakupił na zewnątrz. Koszty leków i procedur są gromadzone na koncie konkretnego pacjenta, koszty procedur medycznych wykonanych w szpitalu nie obciążają oddziału, lecz są przypisywane konkretnemu pacjentowi.

¹¹ Na podstawie klasyfikacji międzynarodowej ICD-9CM lub innej klasyfikacji (w Rozporządzeniu MZiOŚ z 22 grudnia 1998 roku klasyfikacja nie została zamieszczona). Należy rozróżnić typy procedur wykonywanych w każdym z ośrodków kosztów.

W rachunku kalkulacyjnym obiektami kosztów mogą być¹²:

- konkretny pacjent,
- konkretna jednostka chorobowa według Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10, rozumiana jako całkowity proces leczenia w danym zakładzie opieki zdrowotnej,
- przypadek mieszany (*case-mix*).

Prowadzenie rachunkowości ZOZ, a zwłaszcza rachunku kosztów, jest zdeterminowane **systemem finansowania** świadczeń zdrowotnych. Prawidłowo przeprowadzona kalkulacja usług zdrowotnych w ZOZ, poparta obliczeniami, może być podstawą do wystąpienia do NFZ o zmianę ceny usługi. Istotne jest więc stosowanie w zakładach opieki zdrowotnej rachunku kosztów umożliwiającego wycenę procedur medycznych i leczenia pacjentów według rzeczywiście poniesionych kosztów.

Kształt rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej w dużym stopniu zależy także od **potrzeb informacyjnych użytkowników**. Odbiorcami informacji finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej są organy założycielskie, płatnicy, kontrahenci, banki, rząd i jego agendy, władze lokalne, pracownicy, pacjenci, zakłady konkurencyjne, a także kierownictwo zakładu wszystkich szczebli zarządzania. Potrzeby informacyjne są bardzo rozległe¹³ dotyczą bowiem:

- a) informacji o stabilności zakładu, zdolności do wypłaty wynagrodzeń, zapewnienia dalszego zatrudnienia;
- b) wyników finansowych, zdolności do generowania przychodów na pokrycie kosztów działalności, oceny sytuacji finansowej, ryzyka, jakim jest obciążona działalność zakładu opieki zdrowotnej, zdolności zakładu do kontynuowania działalności;
- c) zdolności zakładu do regulowania długów (możliwości spłat pożyczek wraz z odsetkami);
- d) informacji niezbędnych do zarządzania;
- e) informacji o planach na przyszłość i sytuacji finansowo-organizacyjnej;
- f) informacji o kosztach jednostkowych usług zdrowotnych, kosztach leczenia poszczególnych przypadków chorobowych, przychodach, rentowności poszczególnych ośrodków odpowiedzialności za koszty, rentowności usług medycznych, racjonalnym gospodarowaniu lekami.

Ważnymi odbiorcami informacji tworzonych przez zakład opieki zdrowotnej są organy założycielskie. Chodzi tu o informacje dotyczące

¹²I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 1999., s. 75.

¹³T. Żyżnowski, *Rachunkowość samodzielných publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. Polskie Centrum Edukacji, Warszawa 2000, s. 34.

infrastruktury zakładu opieki zdrowotnej (posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, liczby oddziałów, łóżek), finansów (poziomu zobowiązań, należności, kosztów, przychodów, wyników), sytuacji majątkowej, zrealizowanych usług zdrowotnych, liczby przyjętych pacjentów itp. Informacje te są dostarczane przez zakład opieki zdrowotnej okresowo i na żądanie, a częstotliwość ich przekazywania określa organ założycielski.

Zwiększyły się też potrzeby informacyjne kierowników zakładów opieki zdrowotnej. Menedżerowie zakładów są rozliczani za gospodarowanie posiadanymi zasobami i mają większe uprawnienia do podejmowania decyzji. Powoduje to wzrost zainteresowania kadry kierowniczej ZOZ informacjami o kosztach, przychodach i wynikach zamierzonej i prowadzonej działalności. Istnieje więc potrzeba stosowania rachunkowości zarządczej w zakładach opieki zdrowotnej. Zajmuje się ona bowiem pomiarem kosztów i rentownością wyróżnionych obiektów (koszty świadczonych usług medycznych, łączne koszty oddziałów, pracowni, laboratoriów, rentowność poszczególnych oddziałów, alternatywnych wobec siebie metod leczenia). Zajmuje się również sporządzaniem rachunków alternatywnych działań (wybór technologii i aparatury medycznej, wprowadzanie udoskonaleń, wybór świadczonych usług, opracowanie sposobów negocjacji z płatnikiem, sprostanie konkurencji, dalszy rozwój). Dostarcza także informacji do procesu planowania i kontroli oraz ich koordynowania (wybór strategii i monitorowanie jej realizacji dla osiągnięcia wyznaczonego celu; w zakładzie opieki zdrowotnej misją jest ratowanie życia i zdrowia pacjentów na wysokim poziomie jakościowym przy racjonalnym gospodarowaniu posiadanymi zasobami). W procesie planowania po sformułowaniu misji informacje rachunkowości zarządczej pomagają w wyborze strategii. W tym celu opracowywane są budżety kosztów, przychodów, zysku i plan finansowy podmiotu dla przyszłych okresów. Budżety umożliwiają implementację strategii poprzez koordynowanie zasobów ludzkich i rzeczowych w krótkim czasie do osiągania celów długookresowych.

Na kształt rachunkowości wpływa także specyfika prowadzonej działalności i jej rozmiar. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (a szczególnie szpitale) to jednostki *non-profit*, świadczące różnorodne usługi zdrowotne, a obszar ich działania jest duży. Mają specjalistyczny sprzęt medyczny, muszą stosować nowoczesne technologie, a ich struktura organizacyjna jest bardzo rozbudowana. Nie są nastawione na generowanie zysku, który nie jest miarą ich osiągnięć. Misją szpitala jest natomiast świadczenie usług medycznych o wysokiej jakości, koniecznych do ratowania zdrowia i życia pacjentów objętych opieką, a także edukacja prozdrowotna. Klasyczny rachunek ekonomiczny nie jest więc podstawą ich działalności. Szpitale mają jednak ograniczone zasoby finansowe, a jako jednostki samofinansujące swoją działalność muszą pokrywać poniesione koszty otrzymanymi przychodami. Przychody pochodzą głównie z NFZ za

podpisane kontrakty, które są najczęściej niedoszacowane, czyli ustalone poniżej kosztów świadczenia usług. Założenie, że trzeba stosować wszystkie oferowane przez współczesną wiedzę i technologię medyczną sposoby leczenia jednostki chorobowej, jest w obecnej sytuacji finansowej ZOZ niemożliwe do zrealizowania¹⁴. Publiczny zakład opieki zdrowotnej jako jednostka niedochodowa nie musi być jednak deficytowa. Aby tak było, musi efektywnie świadczyć usługi medyczne, optymalnie wykorzystywać zasoby będące do jej dyspozycji oraz uzyskiwać nadwyżkę finansową, która może być bowiem wykorzystana na cele rozwojowe. Konieczność podejmowania racjonalnych decyzji przez kadrę kierowniczą ZOZ wynika z zasad funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w gospodarce rynkowej. Konkurencyjność na rynku świadczeń medycznych spowodowała zmianę stylu kierowania zakładami opieki zdrowotnej z administracyjnego na zarządczy, „zorientowany na rynek usług medycznych, racjonalne wykorzystanie posiadanych zasobów, świadczenie usług zgodnie ze sztuką medyczną”¹⁵. Podejmowanie decyzji przez kadrę kierowniczą, zgodne z zarządczym stylem kierowania ZOZ, opiera się na wiedzy o kosztach, przychodach i wynikach. Istotne jest także wypracowanie innych niż zysk mierników oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej i jego poszczególnych komórek organizacyjnych. Chodzi tutaj o mierniki ilościowe i jakościowe. Rachunkowość zakładów opieki zdrowotnej powinna więc ujmować, grupować i interpretować w określonych przekrojach koszty wytwarzania i zbytu świadczeń zdrowotnych, będących efektem działalności zakładu opieki zdrowotnej. Efekty te powinny być mierzone ilościowo i wartościowo za pewien okres w celu uzyskania możliwie wszechstronnych informacji potrzebnych do ustalenia wyników i kierowania zakładem¹⁶.

Wnioski końcowe

Można stwierdzić, że rachunkowość jest ważnym elementem systemu informacyjnego zakładu opieki zdrowotnej, generuje bowiem i przetwarza istotne informacje finansowe o działalności i dokonaniach zakładu. Jej rozwój jest inspirowany zmieniającymi się warunkami funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej. W obecnych, bardzo trudnych warunkach działania zakładów opieki zdrowotnej i ograniczonej wielkości zasobów bardzo ważne jest skuteczne zarządzanie tymi jednostkami. Wzrasta więc zapotrzebowanie odbiorców wewnętrznych na informacje potrzebne do zarządzania. Ważne jest zatem doskonalenie rachunku kosztów i rachunkowości zarządczej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Informacje pochodzące

¹⁴ M. Lubicz, *Zarządzanie i rachunek kosztów a decyzje w opiece medycznej*. Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 719. Wrocław 1996, s. 32.

¹⁵ A. Zbroja, *Decyzyjny rachunek kosztów w szpitalu – konieczność czy alternatywa?* W: *Zarządzanie finansami placówek medycznych*. IPIS, Warszawa 2001.

¹⁶ I. Kulis, M. Kulis, W. Stylo, op.cit., s. 9.

z rachunkowości muszą obecnie obejmować zdarzenia przeszłe i dotyczące przyszłości. W dobie usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej i ograniczoności środków finansowych należy racjonalnie gospodarować zasobami tych placówek i wypracowywać nadwyżkę finansową. Należy zatem wyraźnie podkreślić, że do efektywnego zarządzania zakładem opieki zdrowotnej potrzebne są informacje finansowe o odpowiedniej jakości, które może dostarczyć jedynie sprawnie działająca rachunkowość.

Bibliografia

1. Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 1999.
2. Lubicz M., *Zarządzanie i rachunek kosztów a decyzje w opiece medycznej*. Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 719, Wrocław 1996.
3. Olchowicz I., *Podstawy rachunkowości wykład*. T. I. Difin, Warszawa 2004.
4. Szychta A., *Teoria rachunkowości Richarda Mattessicha w świetle podstawowych kierunków rozwoju nauki rachunkowości. Studium metodologiczne*. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996.
5. *Ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości. Tekst jednolity Dz.U. 2002, nr 76, poz. 694, z późn. zm.*
6. Zbroja A., *Decyzyjny rachunek kosztów w szpitalu – konieczność czy alternatywa? W: Zarządzanie finansami placówek medycznych*. IPIS, Warszawa 2001.
7. Żyznowski T., *Rachunkowość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. Polskie Centrum Edukacji, Warszawa 2000.

THE ACCOUNTANCY OF HEALTH SERVICE INSTITUTION

The health service institutions are founded in order to provide medical services. They carry out not only economical purposes but also and maybe above all social purposes. It influences considerably the shape of their accountancy. It concerns above all the information that is generated by accountancy and which is necessary for management. The medical information has economical meaning which allows to make comparisons and analyses of profitability of particular services. The cost account is specific, in which a pricing of medical services is made which is immensely difficult to measure. All these reasons affect the usage of specific medical service institutions accountancy solutions.