

UNIWERSYTET EKONOMICZNY
WE WROCŁAWIU
WYDZIAŁ GOSPODARKI REGIONALNEJ I TURYSTYKI
W JELENIEJ GÓRZE

Joanna Kogut

***KOSZTY JAKO PODSTAWA USTALANIA CEN
USŁUG MEDYCZNYCH W SAMODZIELNYM
PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ
LECZNICTWA STACJONARNEGO***

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. prof. UE Jacka Adamka

JELENIA GÓRA 2008

Jelenia Góra, dnia 01 lipca 2008 r.

Joanna Kogut
58-500 Jelenia Góra
ul. Wolności 53/1
PESEL 76100304508

OŚWIADCZENIE

Dotyczy: postępowania w sprawie nadania stopnia naukowego doktora na Wydziale Gospodarki Regionalnej i Turystyki Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu na podstawie rozprawy pt. ***„KOSZTY JAKO PODSTAWA USTALANIA CEN USŁUG MEDYCZNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZNICTWA STACJONARNEGO”***.

Oświadczam, że przedkładaną rozprawę doktorską napisałam samodzielnie. Oznacza to, że przy pisaniu pracy poza niezbędnymi konsultacjami nie korzystałam z pomocy innych osób, a w szczególności nie zleciłam opracowania rozprawy lub jej części innym osobom, ani nie odpisałam tej rozprawy lub jej części z innych źródeł. Ponadto cytaty z obcych prac zostały wyczerpująco oznaczone oraz wskazane w przypisach i bibliografii mojej pracy. Przedkładana rozprawa nie narusza przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r., nr 80, poz. 904 z późn. zm.) również w inny sposób.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku gdyby powyższe oświadczenie okazało się nieprawdziwe, to wszczęte zostanie postępowanie zmierzające do uchylenia decyzji o nadaniu stopnia naukowego doktora.

Joanna Kogut

***„...Opieka zdrowotna stwarza w istocie
znacznie bardziej skomplikowane problemy
niż budowa mostu...”***

Kenneth J. Arrow

SPIS TREŚCI

WSTĘP	6
1. USŁUGI MEDYCZNE JAKO PRODUKT ZAKŁADU	
OPIEKI ZDROWOTNEJ	10
1.1. Istota, cechy i rodzaje usług	10
1.2. Specyfika usług medycznych	28
1.3. Finansowanie usług medycznych	41
1.4. Rynek usług medycznych	58
2. CENA JAKO ELEMENT RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH	68
2.1. Cena jako kategoria ekonomiczna	68
2.2. Kształtowanie cen w usługach	81
2.3. Ceny usług medycznych – determinanty i problemy ich ustalania	108
3. SPECYFIKA KOSZTÓW W PUBLICZNYM ZAKŁADZIE	
OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	119
3.1. Koszty jako przedmiot podejmowania decyzji zarządczych	119
3.2. Charakterystyka kosztów usług medycznych	132
3.3. Organizacja systemu informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej	145
4. WYKORZYSTANIE INFORMACJI KOSZTOWEJ W PROCESIE	
USTALANIA CEN USŁUG MEDYCZNYCH SZPITALA	165
4.1. Rola informacji kosztowej w kształtowaniu cen usług medycznych	165
4.2. Metodyka ustalania cen usług medycznych	175
4.3. Ustalenie cen wybranych usług medycznych na podstawie informacji kosztowej...	201
4.4. Analiza porównawcza cen usług medycznych – wnioski	216
PODSUMOWANIE	233
LITERATURA	241
SPIS AKTÓW PRAWNYCH	250
INNE ŹRÓDŁA.....	251
SPIS RYSUNKÓW	252

SPIS TABEL	254
SPIS ZAŁĄCZNIKÓW	256
ZAŁĄCZNIK 1	257
ZAŁĄCZNIK 2.....	259
ZAŁĄCZNIK 3.....	263
ZAŁĄCZNIK 4.....	266
ZAŁĄCZNIK 5.....	272
ZAŁĄCZNIK 6	284

WSTĘP

Dynamika zmian rzeczywistości gospodarczej, obserwowana w ostatnich dekadach, staje się czynnikiem determinującym ewolucję zachowań różnych organizacji. Zachowania te przyjmują postać procesów dostosowawczych do zmieniających się warunków rynkowych i ewolucji wymagań otoczenia. Owa aktywność jest również cechą zakładów opieki zdrowotnej, stanowiących element systemu ochrony zdrowia. Przejawem realizacji tych procesów jest dokonująca się transformacja modelu ochrony zdrowia, której efektem staje się: zmiana systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, usamodzielnianie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zwiększanie odpowiedzialności ich kierownictwa za osiągnięte wyniki oraz tworzenie rynku usług medycznych.

Nowa rzeczywistość ekonomiczno-prawna, w której przyszło funkcjonować rodzimym jednostkom ochrony zdrowia, wymusza doskonalenie zasad zarządzania nimi, konkutowanie o pacjenta, poprawę efektywności gospodarowania posiadanymi zasobami, przy jednoczesnej realizacji nadrzędnego celu, jakim jest zaspokojenie stale rosnących potrzeb zdrowotnych ludności. W warunkach tych szczególnego znaczenia nabiera znajomość kosztów realizowanych świadczeń zdrowotnych. Informacje kosztowe są wykorzystywane m.in. do: racjonalizacji zarządzania finansami i pozostałymi zasobami zakładów opieki zdrowotnej, kształtowania i regulowania rozliczeń z płatnikami oraz innymi zakładami, pomiaru i oceny dokonań ich kierownictwa oraz prawidłowego ustalania cen na świadczone usługi.

Sprawne zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej wymaga wiedzy o miejscu i wielkości generowanych kosztów, źródłach ich finansowania i osiągniętych wynikach. Z kolei na potrzeby decyzji medycznych, od których w znacznym stopniu zależy wielkość ponoszonych kosztów niezbędna jest znajomość konsekwencji ekonomicznych wybranych procedur diagnozowania i leczenia pacjentów. Informacje te są niezbędne do tego, aby wkomponować kryteria ekonomiczne, jako element wspomagający kryteria medyczne w procesie podejmowania skutecznych decyzji zarządczych wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej.

Głównym źródłem informacji kosztowych jest odpowiednio skonstruowany i sprawnie działający rachunek kosztów. Stanowi on jeden z podstawowych elementów systemu informacyjnego zarządzania każdą jednostką, obrazując w sposób wieloaspektowy całokształt jej działalności i zachodzące w niej procesy przez pryzmat kosztów.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia sformułowano cel niniejszej pracy, którym jest *próba ukazania roli informacji kosztowej w procesie ustalania cen usług medycznych*

samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego oraz zaproponowanie metodyki wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Spośród przyczyn skłaniających do podjęcia tej problematyki na szczególną uwagę zasługują:

- zmiany na rynku usług medycznych, przyjmujące m.in. postać jego komercjalizacji i globalizacji, wymuszające wprowadzanie sprawnych instrumentów zarządzania jego elementami,
- zwiększanie różnorodności asortymentowej świadczonych usług medycznych,
- postęp w zakresie technologii komunikowania się oraz informatycznej technice przetwarzania danych,
- wzrost zapotrzebowania na informacje kosztowe zgłaszany przez zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej.

Ze względu na przyjęty cel rozprawy doktorskiej oraz przesłanki podjęcia tematu sformułowano główną tezę badawczą wraz z tezami pomocniczymi. Za tezę główną przyjęto stwierdzenie, zgodnie z którym – *prawidłowo ustalona cena usługi medycznej musi opierać się na rzetelnej i wiarygodnej informacji kosztowej, stanowiąc podstawę pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej niezbędnych środków finansowych, zapewniających wysoki poziom świadczonych usług akceptowany przez płatnika i uzasadniony stanem zdrowia pacjenta.*

Treść tezy głównej uzupełniano tezami szczegółowymi:

1. *Ceny usług medycznych zależne są głównie od jakości informacji kosztowej wykorzystywanej w procesie ich tworzenia oraz przyjętej polityki cenowej.*
2. *Brak zainteresowania ze strony płatnika i nie uwzględniania informacji o rzeczywistych kosztach usług medycznych w procesie ich kontraktowania jest podstawową przyczyną nie dokonywania wyceny świadczonych usług przez zakłady opieki zdrowotnej.*
3. *Brak jednolitej i uniwersalnej metodyki wyceny usług medycznych wynika z niewłaściwie skonstruowanego i niesprawnie działającego rachunku kosztów w jednostkach opieki zdrowotnej.*
4. *Prawidłowa wycena usług medycznych wymaga wprowadzenia dla wszystkich placówek opieki zdrowotnej jednolitej metody i sposobu przekazywania danych o kosztach świadczeń zdrowotnych, niezbędnego do przetwarzania i analiz statystycznych.*

Tak zdefiniowanemu celowi dysertacji oraz wskazanej tezie głównej podporządkowano układ poniższego pracowania, składający się ze wstępu, czterech rozdziałów o charakterze teoretyczno-empirycznym i podsumowania.

Treść rozdziału pierwszego poświęcono istocie usług medycznych jako produktu zakładu opieki zdrowotnej. W celu przybliżenia specyfiki działalności jednostek wykonujących usługi medyczne omówiono problematykę ich świadczenia na tle szeroko rozumianej działalności usługowej. Przedstawiono w nim także cele, cechy, modele, zasady i sposoby finansowania systemu opieki zdrowotnej. W części końcowej rozdziału podjęto próbę scharakteryzowania rynku usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem jego specyfiki oraz struktury podmiotowej i przedmiotowej.

W rozdziale drugim przedstawiono podstawowy element każdej transakcji wymiany rynkowej, którym jest cena. W tej części pracy szczególną uwagę zwrócono na następujące kwestie:

- pojęcia ceny w teorii ekonomii i poglądów na temat cen dóbr,
- specyfiki ustalania cen w usługach,
- typologii i różnicowania cen,
- procesu podejmowania decyzji cenowych.

Część końcowa tego rozdziału została poświęcona wskazaniu determinant i problemów ustalenia cen usług medycznych,

Kolejny, trzeci rozdział pracy został poświęcony problematyce kosztów, w tym kosztów usług medycznych, rozpatrywanych na tle różnych koncepcji ich ujmowania, prezentowanych w literaturze przedmiotu oraz w regulacjach prawnych. Przedstawiono w nim definicję kosztu usługi medycznej w ujęciu węższym i szerszym oraz przekroje grupowania kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej, wykorzystywane do wyceny zapasów i ustalania wyniku finansowego oraz planowania i kontroli a także podejmowania decyzji zarządczych. Omówiono w nim także zagadnienia dotyczące istoty rachunku kosztów w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, wynikające z obowiązujących przepisów prawa. W końcowej części tego rozdziału zaprezentowano organizację systemu informacji kosztowej i rachunku kosztów w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, stanowiącym obiekt prowadzonych badań empirycznych.

W ostatnim, czwartym rozdziale pracy podjęto próbę przedstawienia metodyki wyceny usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem roli informacji kosztowej jako podstawy tej wyceny. W tym celu omówiono zagadnienie charakterystyki podstawowych kategorii

kosztowych uwzględnianych przy kształtowaniu cen oraz ich znaczenie w tym procesie. Zaprezentowano także metodykę wyceny świadczeń zdrowotnych opracowaną przez Zespół Ekspertów powołany przez Ministerstwo Zdrowia, której podstawą jest rzetelna i wiarygodna informacja kosztowa na temat świadczonych usług. Rozdział ten wieńczy próba porównania rzeczywistych kosztów wybranych usług medycznych z wielkością refundacji tych kosztów przez płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia.

Praca ma charakter metodologiczny. Jej przygotowanie jest wynikiem:

- studiów nad literaturą przedmiotu, w tym literaturą anglo- i niemieckojęzyczną (zwłaszcza dotyczącą rozwiązań rachunku kosztów działań (ABC), jednorodnych grup pacjentów (DRG) oraz wyceny usług medycznych),
- badań empirycznych przeprowadzonych przez autorkę w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) Szpital Wojewódzki,
- analizy i krytyki aktów prawnych,
- analizy raportów i sprawozdań finansowych,
- analiz przyczynowo-skutkowych.

Ponadto dla osiągnięcia wyznaczonych celów autorka wykorzystwała: metodę wywiadu, badania dokumentacji, opisową i oceny efektów działalności.

Zaproponowana koncepcja wyceny świadczeń zdrowotnych ma charakter względnie uniwersalny, możliwy do zastosowania w zakładach opieki zdrowotnej o różnych formach prawnego własnościowego, organizacyjnych oraz bez względu na źródła finansowania ich działalności. Podstawowym czynnikiem gwarantującym jej wdrożenie i funkcjonowanie są nowoczesne techniki przetwarzania, gromadzenia i prezentowania danych, włącznie ze zintegrowanym systemem informatycznym.

Rozdział 1

USŁUGI MEDYCZNE JAKO PRODUKT ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

1.1. Istota, cechy i rodzaje usług

Usługi są wszędzie wokół nas - jako konsumenci korzystamy z nich na co dzień. Rozwój sektora usług w gospodarce jest powszechnie dostrzegany, a w wielu regionach świata sektor ten ma coraz większy udział w ich rozwoju ekonomicznym. Usługi bowiem, w dużym stopniu warunkując postęp ekonomiczny, społeczny i kulturalny, pozostają w ścisłym związku z przemianami społeczno - gospodarczymi. Według M. Rylke „...rozwój sfery usług jest pewną prawidłowością rozwoju gospodarczego, a stopień rozwoju usług jest jednym z wykładników społecznego i gospodarczego postępu...”¹.

Usługi – to trzeci sektor gospodarki narodowej, po przemyśle i budownictwie, rolnictwie i leśnictwie. Działy te nie mogą funkcjonować bez usług typu materialnego np. transport, łączność – telekomunikacja, informatyka, obrót towarowy, usługi komunalne itp., jak i niematerialnego tj.: nauka, technika, edukacja, kultura i sztuka, usługi publiczne, finansowe, jak i ochrona zdrowia i inne.

Cz. Niewadzi uważa, iż „...wyodrębniony na zasadzie „reszty” sektor trzeci spełnia rolę przysłowiowego worka, do którego wrzucono wszystko to, czego zgodnie z kryterium rzeczowego efektu pracy w sferze produkcji o charakterze rolniczym i przemysłowym nie można było sklasyfikować w ramach sektora pierwszego i drugiego...”². Punktem wyjścia do stworzonej przez tego autora klasyfikacji gospodarki jest rozgraniczenie tego, co jest i co nie jest działalnością gospodarczą. Wyodrębnił on z gospodarki narodowej działalność pozagospodarczą (system pozagospodarczy) oraz działalność gospodarczą (system gospodarczy), w ramach której można wyróżnić poszczególne sfery gospodarowania (sfery ekonomiczne). W klasyfikacji zaproponowanej przez Cz. Niewadziego sfera usług obejmuje trzy podsferę, o określonych funkcjach społeczno-gospodarczych³:

1. Podsferę usług o wyraźnej dominacji powiązań z produkcją (P1):

- nauka i rozwój techniki,
- transport i łączność,

¹ M. Rylke, *Organizacja usług w gospodarce narodowej*, PWE, Warszawa 1970, s. 26.

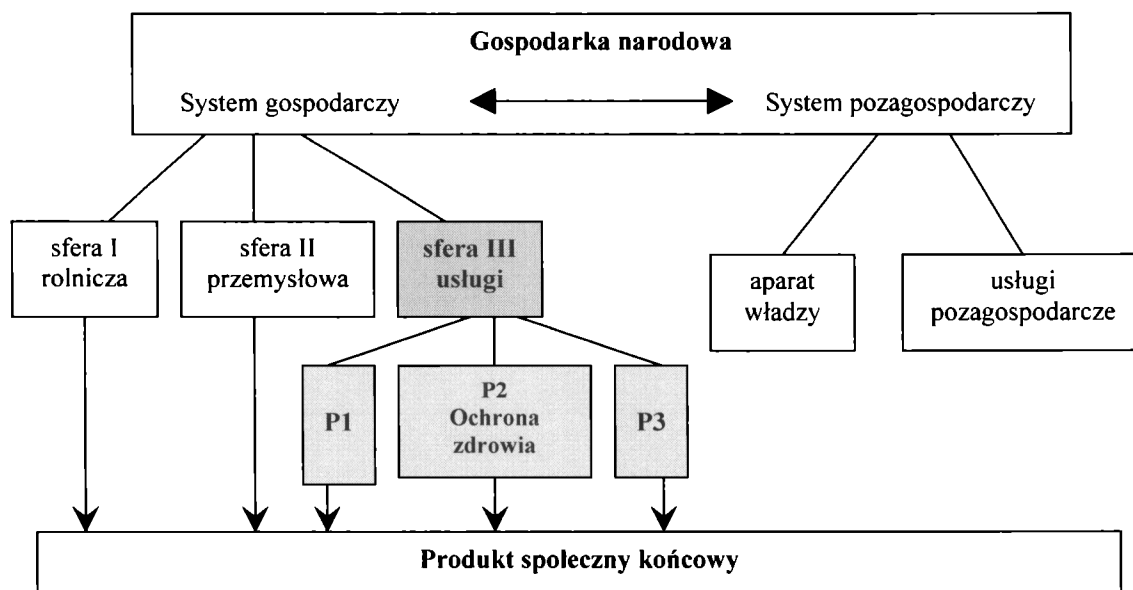
² Cz. Niewadzi, *Sektor usług w kapitalizmie*, PWN, Warszawa 1982, s. 66.

³ Ibidem, s. 71-72.

- handel,
 - finanse i ubezpieczenia.
2. Podesferę usług związaną z kształtowaniem osobowości ludzkiej, zaspokajaniem duchowych i psychofizycznym potrzeb człowieka (P2):
- oświata i wychowanie,
 - ochrona zdrowia i opieka społeczna,
 - kultura i sztuka,
 - kultura fizyczna, turystyka i wypoczynek.
3. Podesferę usług związaną z kształtowaniem materialnych warunków bytu (P3):
- gospodarka mieszkaniowa,
 - gospodarka komunalna,
 - usługi bytowe na rzecz gospodarstwa domowego,
 - usługi osobiste i domowe.

Schemat struktury gospodarki narodowej, uwzględniający wymienione powyżej podesfery, przedstawia rysunek 1. Wynika z niego, iż sfera usług jest działalnością ludzką równoważną w stosunku do produkcji dóbr materialnych i współcześnie jest tak samo nieodzowna do prawidłowego przebiegu procesu reprodukcji społecznej.

Rysunek 1. Struktury gospodarki narodowej



Źródło: Cz. Niewadzi, *Sektor usług...*, op.cit., s. 73.

W literaturze ekonomicznej brak jest jednoznacznego zdefiniowania pojęcia *usług*. Przyczyn takiego stanu rzeczy można doszukiwać się, np. w poglądach A. Smitha, który

utożsamiał usługi z pracą nieprodukcyjną, tj. taką, która nie tworzy bogactwa kraju⁴. Ten sam punkt widzenia przyjął E. Taylor, twierdząc, że *usługi* nie są przedmiotem gospodarowania, a tym samym celem badań ekonomicznych⁵. Przełomowe, z punktu widzenia postrzegania znaczenia *usług*, były poglądy J.B. Saya. Stwierdził on bowiem, iż wszelkie działania, w wyniku których nie powstają przedmioty materialne, ale które z punktu widzenia konsumenta są użyteczne, należy traktować jako bogactwo (produkcyjne). On też działania te nazwał *usługami*⁶.

W Polsce powojennej w 1947 roku jako pierwszy problematykę *usług* i ich znaczenia w gospodarce poruszył W. Krzyżanowski. Jego zdaniem „...dobra odrywają się zazwyczaj od warsztatu pracy i producenta, przybierając formę towaru. *Usługi* odwrotnie, nie mają postaci materialnej, a ich istota polega na wytworzeniu pracy, wydatkowaniu pewnej ilości pracy, wywołaniu pewnego efektu, zaspokajającego potrzebę spożywcy...”⁷. Twierdził on także, że *usługi*, mimo charakteru niematerialnego, są produktywne, potrzebne i równie pożądane jak dobra materialne. Podobną definicję *usług* wprowadził F. Wiśniewski. Wyraził on swoją opinię następująco „...*usługi* stanowią czynności wytwarzające wartości użytkowe, które służą do zaspokojenia potrzeb ludzkich w sposób bezpośredni lub pośredni, lecz nie znajdują odzwierciedlenia w wytwarzaniu nowych dóbr materialnych. Brak wpływu tej działalności na powstawanie nowych przedmiotów wynika z rozgraniczenia usług od produkcji, a nie z pogłębionej kooperacji w procesie produkcji materialnej...”⁸. Wiadomo jednak, iż pogląd ten do końca nie jest słuszny, gdyż istnieje wiele *usług*, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na produkcję dóbr materialnych.

Odminną od powyższych definicję zaproponował Cz. Niewadzi. *Usługami* według tego autora nazywamy „...świadczenie społecznie użytecznych czynności, nie związane bezpośrednio z wytwarzaniem produktów przez jednostki trudniące się tym zawodowo oraz przedsiębiorstwa i instytucje specjalnie do tego powołane na zasadzie społecznego podziału pracy...”⁹.

Z kolei Z. Dmowski uważa, że „...pracę *usługową* można określić jako działalność w celu zaspokojenia określonych potrzeb. Działalność ta, choć nie zawsze jest ucieleśniona w

⁴ A. Smith, *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. I, PWN, Warszawa 1954, s. 15.

⁵ E. Taylor, *Wstęp do ekonomiki*, wyd. 2, Spółdzielnia Wydawnicza „Żeglarski”, Gdynia 1947, s. 266.

⁶ J.B. Say, *Traktat o ekonomii politycznej, czyli prosty wykład sposobu, w jaki się tworzą, rozdzielają i spożywają bogactwa*, Warszawa 1960, s. 184-185.

⁷ W. Krzyżanowski, *Teoria produkcji usług*, „*Ekonomista*” 1947, kwartał III/IV, s. 2.

⁸ F. Wiśniewski, *Pojęcie i podział usług*, „*Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*”, 1965, nr 2, s. 4.

⁹ Cz. Niewadzi, *Usługi w gospodarce narodowej*, PWN, Warszawa 1975, s. 21.

dobrach materialnych, jest jednak istotnym składnikiem tych dóbr...”¹⁰.

Najczęściej prezentowaną w literaturze ekonomicznej definicją *usług* jest określenie sformułowane przez O. Langego. Autor ten uważał, że *usługi* to „...wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio (np. przy podziale produktów) z zaspokajaniem potrzeb ludzkich, ale nie służące bezpośrednio do wytwarzania przedmiotów...”¹¹. Z definicji tej wynika więc, że:

- *usługi* stanowią czynności zaliczane do kategorii pracy społecznie użytecznej, oprócz których wyróżnia się także czynności produkcyjne, służące bezpośrednio do wytwarzania nowych dóbr materialnych, a granica między nimi jest często płynna;
- konkretnym rodzajem pracy, który nazywa się *usługą*, jest czynność (działanie celowe), która wykonywana i świadczona jest przez ludzi za pomocą mniej lub bardziej rozwiniętych środków pracy;
- przedmioty materialne tj. np.: lokale, instrumenty muzyczne, pomoce szkolne są nazywane środkami świadczenia *usług*, które są stosowane i zużywane w toku zaspokojenia potrzeb;
- praca *usługowa* daje określony wynik użyteczny, nie będący nowym dobrem materialnym, a jedynie nową wartością użytkową, która nie może istnieć samodzielnie poza człowiekiem lub przedmiotem materialnym, na który praca *usługowa* oddziałuje¹².

Jest to definicja względnie uniwersalna, umożliwiającą dużą swobodę interpretowania. Nie zawiera ona wytycznych, ani co do sposobu pomiaru *usług*, ani nie określa zasad ich wyceny.

Większość autorów przedstawionych definicji traktuje „*usługę*” jako zdarzenie, proces, czynność. Rzadko natomiast mówi się o rezultatach czynności *usługowych*. Zwrócił na nie uwagę K. Polarczyk, który stwierdził, że *usługa* jest „...pracą wytwórczą, której efektem jest wartość użytkowa odtworzona lub nadana istniejącemu i ukształtowanemu już wcześniej obiektowi (produktowi materialnemu, informacji, osobie lub grupie społecznej) w wyniku działania w czasie pracy na strukturę tego obiektu...”¹³. Błędem tej definicji może być jednak to, iż traktuje ona pracę *usługową* jako skierowaną tylko na już istniejący obiekt, co czyni ją pracą wytwórczą, a nie twórczą.

J. Rathmell traktuje *usługę*, jako akt, czyn, działanie lub wysiłek w odróżnieniu od

¹⁰ Z. Dmowski, *Usługi w obrotach zagranicznych*, PWE, Warszawa 1977, s. 13.

¹¹ O. Lange, *Ekonomia polityczna*, T. I, PWN, Warszawa 1967, s. 24

¹² M. Daszkowska, *Usługi - produkcja, rynek, marketing*, PWN, Warszawa 1998, s. 16.

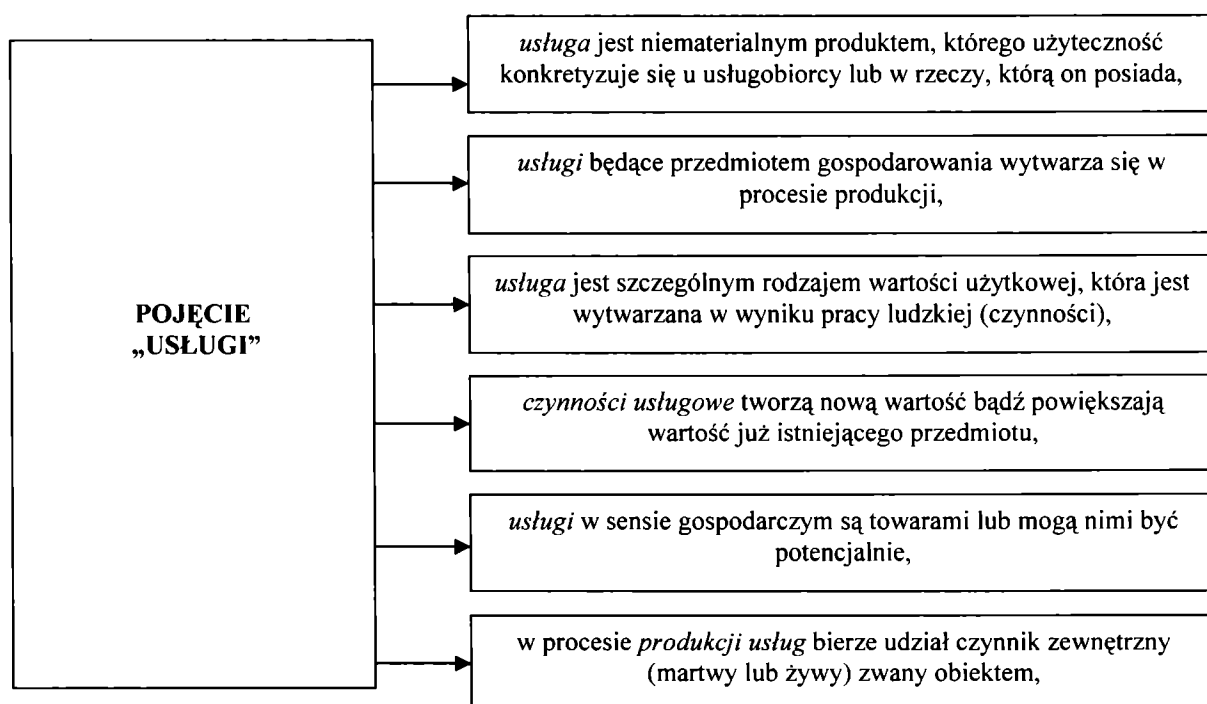
¹³ K. Polarczyk, *Wynik pracy podstawą definicji i klasyfikacji usług oraz sfery usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1971, nr 1, s. 4.

towaru, który nazywa rzeczą, przedmiotem, artykułem, przyrządem lub materiałem¹⁴.

Natomiast K. Rogoziński, postrzega *usługę* aktowo i fenomenalistycznie, uznając, że swoistość *usług* ma swoje korzenie w relacji usługodawca – usługobiorca i definiuje *usługę* jako „...podejmowane na zlecenie, intencjonalne świadczenie pracy i/lub „korzyści” mające na celu wzbogacenie walorów osobistych lub wolumenu wartości użytkowych, jakimi usługobiorca dysponuje...”¹⁵.

Z kolei M. Daszkowska proponuje nazwać wynik pracy w sferze *usług*¹⁶ – użytecznym produktem materialnym, a jej definicja przedmiotu prowadzonych wyżej rozważań brzmi następująco „...*usługa* gospodarcza jest użytecznym produktem niematerialnym, który jest wytwarzany w wyniku pracy ludzkiej (czynności) w procesie produkcji, przez oddziaływanie na strukturę określonego obiektu (człowieka traktowanego jako osoba fizyczna, intelekt czy częśćka określonej społeczności albo przedmiotu materialnego), w celu zaspokojenia potrzeb ludzkich...”¹⁷. Definicja ta określa cechy *usług* i czynności *usługowych*, które zostały przedstawione na rysunku 2.

Rysunek 2. Charakterystyka pojęcia „usługi” według M. Daszkowskiej



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Daszkowska, *Usługi - produkcja, rynek, marketing*, PWN, Warszawa 1998, s. 17.

¹⁴ J.M. Rathmell, *What is meant by services?*, “Journal of Marketing”, październik 1966, vol. 30, s. 32-36.

¹⁵ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2000, s.36.

¹⁶ Większość autorów w przytoczonych definicjach określa efekt pracy usługowej wartością użytkową, którą mają zarówno dobra materialne, jak i niematerialne.

¹⁷ M. Daszkowska, *Usługi – produkcja...*, op.cit., s. 16.

W literaturze poświęconej marketingowi *usług* do często cytowanych definicji należała niegdyś definicja sformułowana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Marketingu, według której *usługi* to „...czynności, korzyści i zadowolenie oferowane na sprzedaż, lub świadczone w związku ze sprzedażą przedmiotów materialnych...”¹⁸. Definicja ta jednak nie przedstawia w pełni istoty *usług* i nie wyodrębnia jej spośród innych dziedzin ludzkiej aktywności.

Istotny wkład w ewolucję pojęcia *usług* w koncepcji marketingowej ma definicja W.J. Santona. Zdefiniował on *usługi* jako „...występującą odrębnie działalność nie przynoszącą materialnego efektu, dostarczającą nabywcy określonych korzyści, które nie są konieczne związane ze sprzedażą produktów lub innych *usług*...”¹⁹. Natomiast A. Payne uważa, że *usługa* to „...każda czynność zawierająca w sobie element niematerialności, która polega na oddziaływaniu na klienta lub przedmioty 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 być ściśle związane z dobrem materialnym...”²⁰.

W podobny sposób określa pojęcie *usługi* Ph. Kotler, który za *usługę* uważa „...każdą czynność lub korzyść zasadniczo niematerialną, oferowaną przez jedną stronę innej i nie prowadzącą do uzyskania jakiegokolwiek własności...”²¹.

Jak wynika z powyższych rozważań pojęcie „*usługi*” nie jest łatwe do zdefiniowania, a często używane w definicjach określenia nie są całkiem jasne lub jednoznaczne. Niemożność jednakowego zdefiniowania tego pojęcia wynika, z jednej strony, z ogromnego zdywersyfikowania sektora *usług* oraz trudności objęcia jedną definicją tylu zróżnicowanych dziedzin ludzkiej aktywności, a z drugiej, z istnienia najczęściej produktów, które są mieszanką komponentów usługowych i materialnych.

W literaturze można obecnie spotkać klasyfikacje pojęcia *usług*, wśród których wyróżnia się definicje:

- 1) enumeratywne;
- 2) negatywne;
- 3) konstruktywne, zorientowane na: potencjał, proces lub wynik.

Charakterystykę tych definicji przedstawiono w tabeli 1.

¹⁸ Marketing Definitions, *A Glossary of Marketing Terms*, American Marketing Association – Committee on Definitions, 1960.

¹⁹ W.J. Stanton, *Fundamentals of Marketing*, Mc Graw-Hill, New York, 1981, s. 441.

²⁰ A. Payne, *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1997, s. 20.

²¹ Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wrong, *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002, s. 41.

Tabela 1. Charakterystyka definicji usług

Rodzaj definicji	Charakterystyka
Definicje enumeratywne	Mają wyłącznie charakter praktyczny i polegają na wyliczaniu działów (gałęzi, branż) i rodzajów działalności, zaliczanych do trzeciego sektora gospodarki (usług), np. handel, transport, hotele, restauracje, turystyka, szpitale, szkoły, opieka społeczna, administracja publiczna, poczta, pośrednictwo finansowe.
Definicje negatywne	Ograniczają się jedynie do tego, iż traktują to wszystko, co nie jest wytwarzaniem dóbr materialnych za działalność usługową.
Definicje konstruktywne	• Zorientowane na potencjał – działalność usługowa interpretowana jest jako zdolność ludzi lub maszyn do wprowadzenia pożądanych zmian bądź określonych stanów u ludzi lub w projektach. Usługodawca oferuje więc pewną gotowość do świadczenia usług, która stanowi dla nabywcy wyłącznie obietnicę. Dopiero w momencie bezpośredniego kontaktu usługodawcy z usługobiorcą lub jego obiektem powstaje nowa wartość, tj. usługa. • Zorientowane na proces – usługi są utożsamiane z określoną fazą procesu produkcji usług, której ważną cechą jest fakt wprowadzenia czynnika zewnętrznego (człowieka lub rzeczy) do procesu produkcji. • Zorientowane na wynik – usługa rozumiana jest jako produkt niematerialny, a w klasyfikacji dóbr traktowana jest jako realne dobro niematerialne z procesów <i>input-output</i>.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Daszkowska, *Usługi – produkcja...*, op.cit., s. 18-19.

Istota *usług* opisywana jest najczęściej poprzez ich właściwości. Z marketingowego punktu widzenia do podstawowych cech działalności usługowej zalicza się²²:

- niematerialność;
- jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji;
- niejednorodność usług (trudności w ich standaryzacji);
- nietrwałość usług;
- brak możliwości nabycia usług na własność;
- substytucyjność i komplementarność.

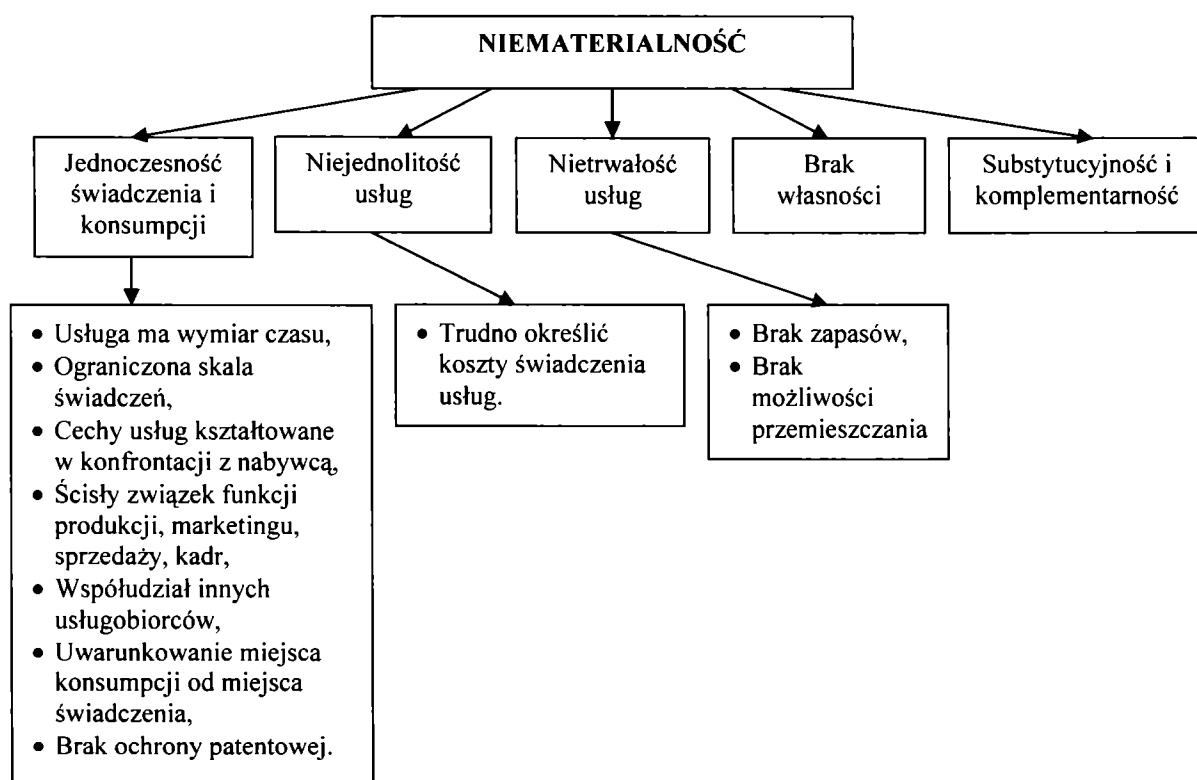
Wśród wymienionych atrybutów, najważniejszym jest niematerialność, a inne wymienione identyfikatory wynikają z niej i są jej konsekwencją. Cechy *usług* i ich wzajemne powiązania przedstawia rysunek 3.

Niematerialność polega na tym, że *usługi* nie można mierzyć za pomocą fizycznych miar wielkości, ciężaru, objętości ani posmakować, dotknąć, usłyszeć czy powąchać przed zakupem. Choć wiele *usług* obejmuje pewne elementy materialne, takie jak np. potrawy w barze, fotel w samolocie, gabinet lekarski – to proces realizacji *usług* ma charakter niematerialny. Klienci kupując *usługę*, kupują jedynie obietnicę, że otrzymają to, co oferuje im usługodawca. Przy wyborze konkretnej usługi kierują się opinią o firmie usługowej, ceną, która ma dać odpowiednią jakość oraz materialnymi warunkami świadczenia usług. Dopiero

²² A. Styś (red.), *Marketing usług*, PWE, Warszawa 2003, s. 36.

po realizacji i konsumpcji mogą porównać swoje oczekiwania z dostarczoną usługą. Niematerialność cechuje wszystkie *usługi*, niezależnie od tego, czy realizacja czynności usługowych (np. naprawa, konserwacja, pranie) prowadzi do efektu w postaci materialnej, czy też niematerialnej (edukacja, ochrona, rozrywka), oraz czy w procesie świadczenia *usługi* potrzebne są dobra materialne (np. w usługach transportowych – samochód, czy w usługach medycznych – sprzęt diagnostyczny).

Rysunek 3. Cechy charakteryzujące usługi



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Mazur, *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001, s. 19.

Jednoczesność procesu świadczenia usług i ich konsumpcji wynika ściśle z ich niematerialnego charakteru i oznacza, że konsumpcja odbywa się w miejscu i w czasie ich świadczenia. Produkt usługowy, w przeciwieństwie do przedmiotu materialnego, nie może istnieć poza procesem jego świadczenia. Jednym z istotnych atrybutów usługi jest to, że ma ona wymiar czasu. Ma to związek z dostępnością usługi dla nabywcy, długością jej trwania i struktury w czasie oraz czasu oczekiwania na świadczenie. Komponent ten ogranicza możliwości zwiększania zakresu świadczenia usług, gdyż nie możliwe jest świadczenie niektórych *usług* (np. medycznych czy doradczych) dla wielu odbiorców jednocześnie. Powoduje ona również to, że nabywca nawiązuje bezpośredni kontakt z wykonawcą usług,

często decydując się na jej zakup, tylko wtedy, gdy świadczy ją konkretny wykonawca, np. wybrany lekarz, prawnik, aktor.

Trzecia wymieniona własnością charakteryzującą usługi jest ich *niejednolitość*. Przejawia się ona w tym, że w wielu przypadkach o zawartości produktu usługowego współdecyduje klient, ustalając z wykonawcą zakres pożądaných świadczeń. Powoduje to, że tak samo nazywane usługi mogą się od siebie różnić w zależności od kwalifikacji personelu oraz miejsca i czasu ich wykonywania. Ogranicza to znacznie standaryzację procesów świadczenia usług oraz utrudnia wyliczanie ich kosztów, a co za tym idzie prowadzenie racjonalnej polityki cenowej.

Charakterystycznym wyróżnikiem usług jest również *nietrwałość*, która uniemożliwia wytwarzanie usług na zapas i ich magazynowanie. Tak więc, wielkość konsumpcji ograniczona jest aktualną wielkością potencjału ludzkiego i rzeczowego zaangażowanego w świadczenie danej usługi, przy danym poziomie wydajności.

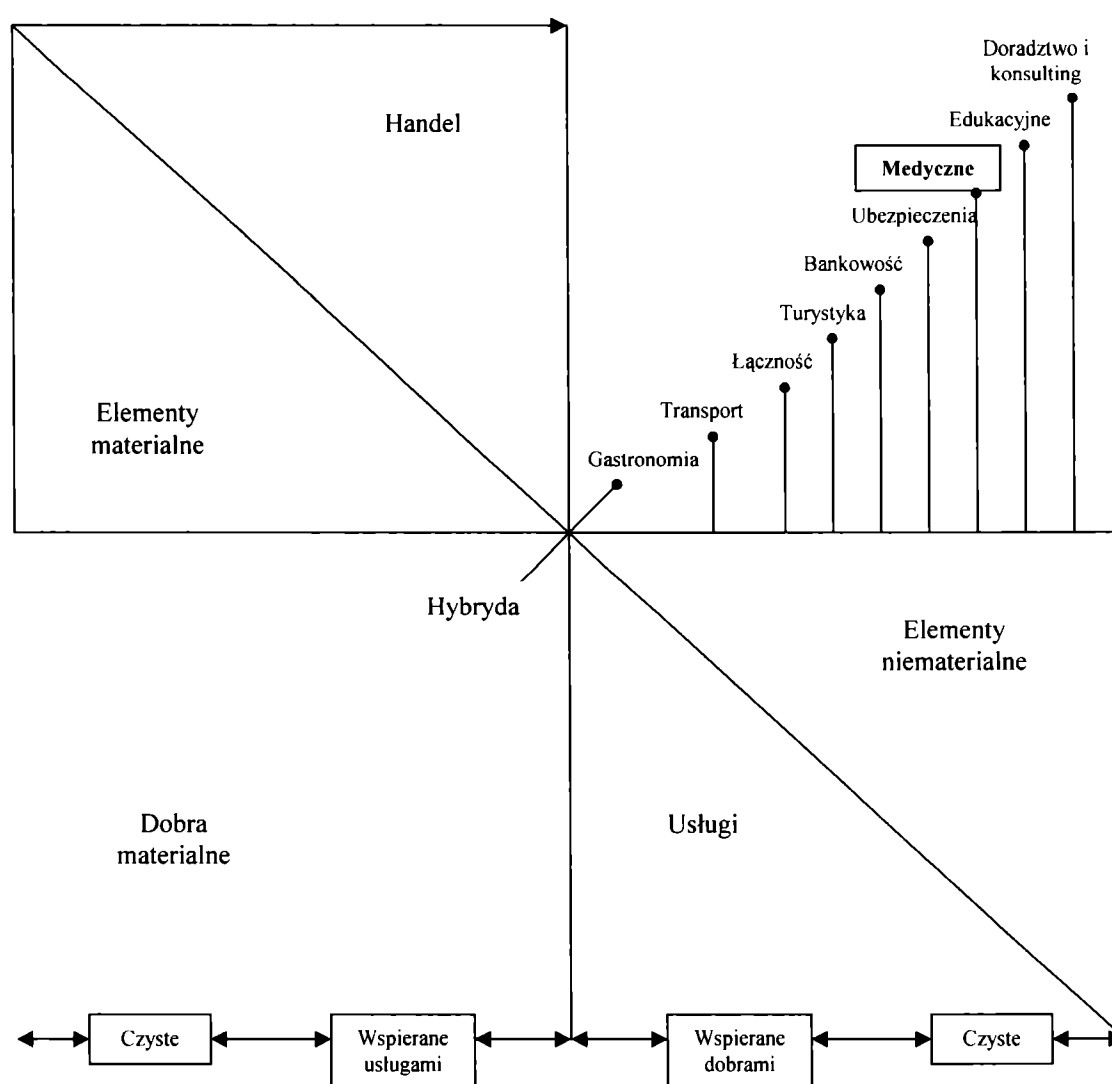
Kolejną z wymienianych cech usług jest *brak ich własności*. Kupujący usługę, po zapłaceniu żądanej przez usługodawcę ceny, nie staje się jej właścicielem. Może on jedynie nabyć prawo dostępu, używania, skorzystania z określonych świadczeń, a po skorzystaniu z usługi klient nie staje się właścicielem czegokolwiek.

Komplementarność i substytucyjność usług i dóbr materialnych, to identyfikator, który łączy rynek usług i rynek dóbr materialnych. Usługi (serwis, naprawa) towarzyszą nabywanym dobrom (samochód, pralka). Często też substytutem usługi jest zakup nowego produktu, szczególnie wtedy, gdy cena usługi jest taka sama lub zbliżona do ceny nowego produktu.

Jak wynika z powyższych rozważań, podstawowym elementem decydującym o specyfice usług, jest ich niematerialność. Należy jednak zaznaczyć, że kształtuje ona poszczególne rodzaje usług w różnym stopniu i zakresie, co oznacza że jedne usługi charakteryzuje wysoki stopień niematerialności np. usługi medyczne, edukacyjne, a inne są jak najbardziej materialne np. przygotowany posiłek w restauracji.

Układ sektorów usługowych z punktu widzenia udziału elementów materialnych i niematerialnych przedstawia rysunek 4.

Rysunek 4. Sektory usługowe a stopień ich niematerialności



Źródło: S. Flejterski (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa 2005, s. 44.

Ukazanej koncepcji odpowiada sformułowana przez Ph. Kotlera klasyfikacja produktów, dzieląca je na pięć podstawowych grup, w zależności od zawartości w nich elementów materialnych i niematerialnych (usługowych). Należą do nich²³:

- czyste produkty materialne (*pure goods*) – przedmioty nie wymagające żadnego uzupełnienia elementami usługowymi;
- produkty materialne z *usługami* towarzyszącymi – gdzie *usługi* zwiększają zazwyczaj konkurencyjność dostawcy wyrobów;
- produkty z równym składnikiem *usług* (hybrydy) – produkty składające się w równej części z przedmiotów materialnych i *usług*;

²³ Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner i S-ka, Warszawa 1994, s. 426-428.

- d) *usługi* z towarzyszącymi im przedmiotami materialnymi i/lub *usługami* uzupełniającymi (usługi stanowią podstawę produktu);
- e) czyste *usługi*, które realizowane są bez udziału dobra materialnego.

Zróznicowanie działalności usługowej jest odzwierciedlane w dużej liczbie kryteriów klasyfikacji usług. Wielorakość kryteriów świadczy o ich heterogeniczności, a podziały dokonane na ich podstawie rzadko są rozłączne.

Typowym kryterium klasyfikacji *usług* jest kryterium przedmiotu, do którego odnoszą się określone usługi. Przyjmując to kryterium, *usługi* można podzielić na²⁴:

- 1) sfery (produkcji materialnej i poza produkcją materialną),
- 2) działy (np. handel, turystyka, oświata, ochrona zdrowia),
- 3) gałęzie (np. transport morski, transport lotniczy),
- 4) branże (np. turystyka i wypoczynek),
- 5) podbranże (np. organizowanie wypoczynku świątecznego).

K. Rogoziński²⁵ dokonuje podziału rodzaju *usług*, przyjmując za kryterium odmiennosc typów odbiorców i charakter zgłaszanego przez nich popytu na usługi. Klasyfikacja ta dzieli *usługi* na trzy działy:

Dział I – Usługi osobiste i dla gospodarstw domowych

A. Usługi osobiste:

- 1) żywienie,
- 2) ochrona zdrowia (usługi medyczne),
- 3) paramedyczne,
- 4) kształcenie,
- 5) turystyczne,
- 6) fryzjerskie, kosmetyczne,
- 7) sportowo – rekreacyjne,
- 8) transportowe,
- 9) fotograficzne,
- 10) inne.

B. Usługi rzeczowe:

- 1) naprawa artykułów gospodarstwa domowego,
- 2) konserwacyjne trwałe wyposażenia gospodarstw domowych,

²⁴ L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, PWE, Warszawa 2000, s. 652.

²⁵ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe...*, op.cit., s. 82-84.

- 3) wykonywanie przedmiotów na zamówienie,
- 4) budowlane,
- 5) ogrodnicze,
- 6) motoryzacyjne,
- 7) szewskie, odzieżowe,
- 8) inne.

Dział II – Obsługa produkcji materialnej

A. Usługi rzeczowe:

- 1) zorientowane na produkt finalny (projekty, opakowania, kontrola jakości),
- 2) zorientowane na urządzenia i obiekty (remontowe, naprawcze, budowlane, kominiarskie, inne),
- 3) obsługa rolnictwa (przedprodukcyjne, produkcyjne, poprodukcyjne),

B. Usługi pracownicze:

- 1) usługi poprzedzające aktywność zawodową (kształcenie, przysposobienie zawodowe),
- 2) usługi wspomagające aktywność zawodową (żywieniowe, rehabilitacyjne, lekarskie, sanatoryjne, rekreacyjne, doskonalenie zawodowe,

C. Doradztwo i usługi informacyjne:

- 1) doradztwo prawne, podatkowe, patentowe,
- 2) konsulting,
- 3) analizy i ekspertyzy,
- 4) usługi marketingowe,
- 5) informacja rynkowe i techniczna.

Dział III – Usługi międzydziałowe (infrastrukturalne)

A. Usługi finansowe:

- 1) usługi bankowe,
- 2) usługi ubezpieczeniowe (gospodarcze i na życie),
- 3) giełdy papierów wartościowych,
- 4) usługi maklerskie,
- 5) informacja finansowa.

B. Usługi transportowe

C. Usługi handlowe:

- 1) skup,
- 2) hurt,
- 3) detal.

- D. Ubezpieczenia (pozostałe)
- E. Łączność i telekomunikacja
- F. Usługi prawnicze
- G. Usługi komputerowe i informatyczne
- H. Usługi komunalne
- I. Bezpieczeństwa i ochrony mienia.

H. Kasper, P. van Helsdingen i W. de Vries²⁶ klasyfikują *usługi* według dziewięciu kryteriów (tabela 2).

Tabela 2. Klasyfikacja usług

Kryterium podziału	Rodzaj usług
Rodzaj związku z dobrami materialnymi	a) czyste, b) dodające wartości towarom lub innym usługom, c) udostępniające dobra materialne, d) substytucyjne względem towarów, e) komplementarne.
Cel usługodawcy	a) komercyjne, b) niekomercyjne (non profit).
Rodzaj rynku	a) dla nabywców indywidualnych, b) dla nabywców instytucjonalnych, c) świadczone na rynku lokalnym, regionalnym, krajowym, zagranicznym, globalnym.
Charakter usług	a) nierynkowe, wykonywane wewnątrz firmy usługowej, b) zewnętrzne: - wytwarzane na zlecenie innych podmiotów, - nabywane od innych podmiotów.
Rodzaj zachowań zakupowych klientów	a) nabywane rutynowo, b) nabywane rozważnie, c) nabywane pod wpływem impulsu.
Charakter kontaktu usługodawcy z konsumentem	a) świadczone jednorazowo, b) świadczone w sposób ciągły na podstawie kontraktów, abonamentu, członkostwa.
Rodzaj wiedzy, umiejętności i zdolności wykonawców	a) świadczone przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów, b) świadczone przez zmienny zespół usługodawców.
Organizacja procesu świadczenia usług	a) świadczone przez ludzi, b) świadczone przez sprzęt, c) świadczone z aktywnym udziałem klienta, d) standaryzowane, e) zindywidualizowane.
Miejsce świadczenia usługi	a) świadczone w siedzibie usługodawcy, b) świadczone u usługobiorcy, c) świadczone na terenie neutralnym, d) świadczone na odległość z wykorzystaniem faksu, telefonu, Internetu.

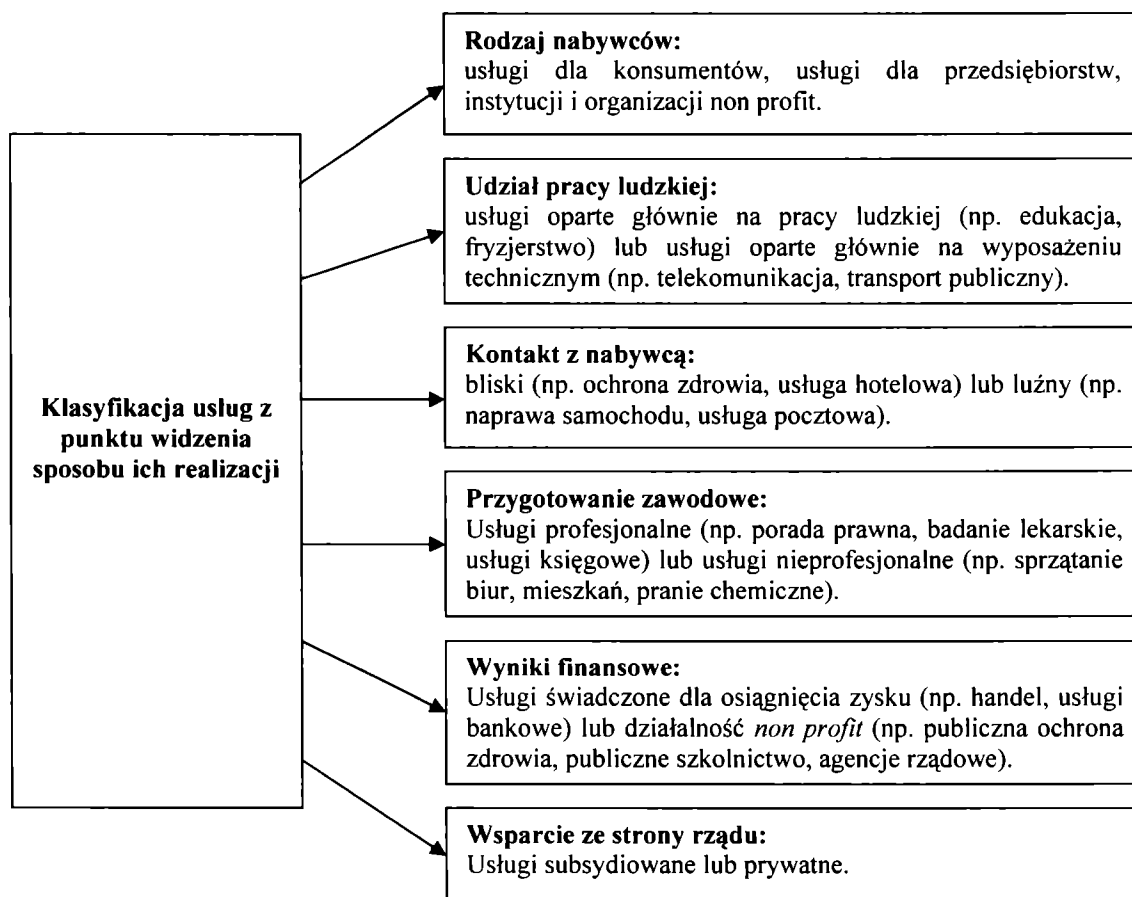
Źródło: H. Kasper, P. van Helsdingen, W. de Vries, *Services Marketing Management, An International Perspective*, John Wiley & Sons, Chichester 1999, s. 46-65.

²⁶ H. Kasper, P. van Helsdingen, W. de Vries, *Services Marketing Management, An International Perspective*, John Wiley & Sons, Chichester 1999, s. 46-65.

Istotną podstawą podziału *usług* jest także sposób ich realizacji, który dzieli *usługi* według sześciu kryteriów (rysunek 5):

- 1) rodzaju nabywców,
- 2) udziału pracy ludzkiej,
- 3) kontaktu z nabywcą,
- 4) przygotowania zawodowego,
- 5) wyniku finansowego,
- 6) wsparcia przez rząd.

Rysunek 5. Klasyfikacja usług z punktu widzenia sposobu ich realizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Michalski, *Marketing podręcznik europejski*, PWN, Warszawa 2004, s. 527-528.

Przedstawione kryteria klasyfikowania *usług*, choć bardzo przydatne z wielu względów, nie zawsze są wystarczające do programowania i organizowania działalności marketingowej przedsiębiorstwa. Z marketingowego punktu widzenia bardziej użytecznym sposobem podziału *usług* jest ich grupowanie w pewne zbiory mające wspólne właściwości. Z tego względu bardzo przydatny jest sposób ich klasyfikacji zaproponowany przez Ch.H.

Lovelocka. Polega on na grupowania *usług* według kryteriów, które mają pozwolić na uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania²⁷:

- 1) Jaki jest charakter czynności usługowej?
- 2) Jakiego typu powiązania występują pomiędzy usługodawcą a jego klientami?
- 3) Jaki jest charakter popytu na usługi?
- 4) Jakie są sposoby dostarczania usług nabywcom?
- 5) W jakim stopniu można dostosować cechy usług do indywidualnych potrzeb nabywców?

Uwzględniając charakter i obiekt oddziaływania można mieć do czynienia z czynnościami materialnymi, fizycznymi i z czynnościami niematerialnymi i jednocześnie z czynnościami skierowanymi na ludzi lub na przedmioty.

Wśród czynności materialnych skierowanych na ciało ludzkie można wyróżnić: usługi medyczne, fryzjerskie, kosmetyczne, gastronomiczne itp. Natomiast skierowanych na rzeczy, związane z ich posiadaniem: usługi pralnicze i chemiczne, naprawcze, ogrodnicze, weterynaryjne itp.

Taki sposób klasyfikacji pozwala na określenia zakresu udziału nabywcy w procesie świadczenia usługi i określenie charakteru modyfikacji usługi przez nabywcę. Wiele *usług* nie wymaga bowiem udziału nabywcy w przebiegu ich świadczenia, który tylko ogranicza się do fazy początkowej i końcowej tego procesu. Nabywca nie musi często kontaktować się z usługodawcą, a także interesować się samym procesem świadczenia usługi, lecz jedynie jej efektem końcowym (np. usługi naprawcze).

Kryterium charakteru powiązań usługowych określa rodzaj kontaktu nabywcy z przedsiębiorstwem usługowym, który może być jednorazowy, albo też trwać w dłuższym okresie. Może on także przybierać formę sformalizowaną lub nie. *Usługi* dostarczane w sposób ciągły na zasadzie „członkostwa” to np.: usługi ubezpieczeniowe, telekomunikacyjne (abonament), bankowe itp., a nie sformalizowane to: usługi radiowe, ochrony porządku publicznego itp. Zaś *usługi* wykonywane na zlecenie w sposób sformalizowany to np.: usługi telefoniczne (połączenia telefoniczne), przejazdowe bilety okresowe, tranzytowe, a w sposób niesformalizowany – wypożyczanie samochodów, pocztowe, transportu publicznego, restauracyjne itp.

Z punktu widzenia usługodawcy najkorzystniejsze jest, aby powiązania miały charakter trwałe i to najlepiej sformalizowany. Wówczas zna on swoich klientów, co ułatwia mu

²⁷ Ch. H. Lovelock, *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Marketing”, 1983, Summer. Patrz też: M. Pluta-Olearnik, *Strategie marketingowe przedsiębiorstw usługowych*, Wydawnictwo AE Katowice, Katowice 1992, s. 85.

dokonywanie segmentacji rynku oraz poprawia skuteczność wykorzystania instrumentów marketingowych.

Ze względu na to, iż *usługi* są konsumowane w procesie ich świadczenia, a nabywca jest często uczestnikiem tego procesu, możliwe jest dostosowanie cech *usługi* do jego indywidualnych oczekiwań. Stopień tego dostosowania jest jednak różny w zależności od rodzajów usług. Występują bowiem takie *usługi*, których cechy umożliwiają ich zindywidualizowanie, oraz takie, które charakteryzuje stosunkowo duże ujednolicenie.

Nie we wszystkich rodzajach *usług* indywidualne potrzeby nabywców mogą być zrealizowane przez usługodawców bezpośrednio wykonujących czynności usługowe. Niekiedy wymagają one udziału osób trzecich. Uwzględniając stopień indywidualizacji cech *usługi* oraz udział usługodawców w ocenie stopnia zaspokojenia potrzeb indywidualnych i podejmowania działań adaptacyjnych, można wyróżnić rodzaje usług wymienione w tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje usług z punktu widzenia podatności na indywidualizację ich cech i udział usługodawców w ocenie stopnia zaspokojenia potrzeb indywidualnych

Udział usługodawców w ocenie stopnia zaspokojenia potrzeb indywidualnych i w działaniach adaptacyjnych	Stopień indywidualizacji cech usługi	
	Wysoki	Niski
Duży	• medyczne, • prawne, • architektoniczne, • doradztwo, • kosmetyczne, • hydrauliczne, • taksówkarskie, • indywidualne nauczanie,	• oświatowe, świadczone zbiorowo, • medyczne o charakterze prewencyjnym,
Mały	• łączności telefonicznej, • hotelarskie, • bankowe, • gastronomiczne (restauracje).	• transportu publicznego, • naprawy standardowe, • gastronomiczne (bary), • kinowe, • rekreacyjne (widowiska sportowe).

Źródło: Ch. H. Lovelock, *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, "Journal of Marketing", 1983, Summer. Patrz też: L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing...*, op. cit., s. 653-659.

Indywidualizacja jest zjawiskiem korzystnym, ale bardzo kosztownym dla usługodawcy i powinna być poprzedzona dokładną analizą możliwości usługodawcy oraz oczekiwań nabywcy. Jednak często w przypadku indywidualizacji *usług* trudno jest przewidzieć efekt

końcowy procesu świadczenia, zwłaszcza w sytuacji nieoczekiwanej zmiany potrzeb nabywcy²⁸.

Usługi można również klasyfikować według sposobu w jakim dostarczane są one nabywcom. Niemożność fizycznego przemieszczania usługi powoduje, że w sferze *usług* najczęściej występują bezpośrednie sposoby dostarczania ich nabywcom np. usługi taksówkarskie, agrotechniczne, pocztowe. Rzadziej natomiast klient udaje się do firmy usługowej (usługi kulturalne, fryzjerskie, komunikacji miejskiej), czy dokonuje transakcji na odległość (usługi bankowe, sieci radiowej, łączności telefonicznej) i to zarówno w przypadku jednego punktu sprzedaży usług, jak i sieci detalicznej.

Klasyfikację systemową *usług* dla potrzeb statystyki państwowej zawiera np. Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)²⁹, opracowana na podstawie statystycznej klasyfikacji działalności gospodarczej Unii Europejskiej – NACE Rev. 2. Jest ona klasyfikacją pięciopoziomową, w której wyróżnić można: sekcje, działy, grupy, klasy i podklasy. PKD ma charakter przedmiotowy, a o zaliczeniu do odpowiedniej sekcji decyduje rodzaj prowadzonej działalności podstawowej (przeważającej), czyli takiej, która daje jednostce największą wartość dodaną bądź ma największy udział w wielkości sprzedaży lub liczbie pracujących. Klasyfikacja ta zawiera 21 sekcji, wśród których wyróżnia się:

A – Rolnictwo, łowiectwo, leśnictwo i rybactwo;

B – Górnictwo wydobywanie;

C – Przetwórstwo przemysłowe;

D – Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych;

E – Dostawa wody, gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją;

F – Budownictwo;

G – Handel hurtowy i detaliczny, naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle;

H – Transport i gospodarka magazynowa;

I – Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi;

J – Informacja i komunikacja;

K – Działalność finansowa i ubezpieczeniowa,

L – Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości;

²⁸ L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing...*, op. cit., s. 653-659.

²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), (Dz. U. z 2007 r. Nr 251, poz. 1885).

M – Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna;

N – Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca;

O – Administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenia społeczne;

P – Edukacja;

Q – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna;

R – Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją;

S – Pozostała działalność usługowa;

T – Gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników; gospodarstwa domowe produkujące wyroby i świadczące usługi na własne potrzeby;

U – Organizacje i zespoły eksterytorialne.

W klasyfikacji PKD *usługi* występują w dziesięciu sekcjach (od G do T), które można uznać za typowe usługowe, oraz w trzech (D, E i F) częściowo grupujących procesy o charakterze usługowym.

Ponadto klasyfikację produktów o charakterze *usługowym* zawiera Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług (PKWiU)³⁰ zharmonizowana z PKD, stworzona do stosowania w statystyce, ewidencji i dokumentacji oraz rachunkowości, a także w urzędowych rejestrach i systemach informacyjnych administracji publicznej. Jest ona klasyfikacją produktów pochodzenia krajowego oraz z importu, a pojęcie *usług* określa jako „...wszelkie czynności świadczone na rzecz jednostek gospodarczych prowadzących działalność o charakterze produkcyjnym nie tworzące bezpośrednio nowych dóbr materialnych - *usługi* na rzecz produkcji...”³¹ oraz „...wszelkie czynności świadczone na rzecz jednostek gospodarki narodowej oraz na rzecz ludności, przeznaczone dla celów konsumpcji indywidualnej, zbiorowej i ogólnospołecznej...”³².

Na podstawie tej definicji można dokonać podziału *usług* ze względu na odbiorcę świadczeń, czyli według powiązania usługi z potrzebą, którą zaspokajają, a mianowicie:

- usługi produkcyjne,
- usługi konsumpcyjne,
- usługi ogólnospołeczne,

z dalszym ich podziałem na:

- indywidualne,
- zbiorowe.

³⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), (Dz. U. z 2004 r. Nr 89, poz. 844).

³¹ Ibidem.

³² Ibidem.

Usługi produkcyjne to czynności będące współdziałaniem w procesie produkcji, nie tworzące nowych dóbr materialnych i wykonywane przez jedną jednostkę gospodarczą na zlecenie innej jednostki gospodarczej. Do takich usług zaliczane są m.in. prace związane z instalowaniem i montażem wyrobów, złomowanie, dystrybucja energii elektrycznej itp.

Usługi konsumpcyjne to wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio z zaspokajaniem potrzeb ludności, przy czym adresat może być indywidualną osobą lub grupa osób. Do usług tych należą:

- usługi związane z budownictwem,
- handel,
- obsługa i naprawa pojazdów mechanicznych i motocykli oraz artykułów użytku osobistego,
- usługi związane z zakwaterowaniem i gastronomią,
- transport, magazynowanie, łączność,
- usługi związane z nieruchomościami, wynajmem,
- edukacja,
- **ochrona zdrowia i opieka społeczna**,
- usługi komunalne, socjalne, indywidualne.

Zaprezentowane klasyfikacje nie są formalnie odrębnymi podziałami klasyfikacyjnymi, ze względu na to, że nie spełniają zasad pełności i rozdzielności i wzajemnie się przenikają. Tak duża liczba różnorodnych kryteriów klasyfikacji usług jest odzwierciedleniem zróżnicowania działalności usługowej, a wybór konkretnego kryterium segregacji jest z reguły wyznaczany przez przyjęte cele analityczne.

1.2. Specyfika usług medycznych

Ze względu na swój wyjątkowy charakter, którego przedmiotem jest zdrowie i życie człowieka, *usługi medyczne* należą do specyficznych produktów na rynku. Już w IV wieku p.n.e. Hipokrates wysunął hasło, że dobro chorego powinno być naczelną dewizą lekarza. Stworzył w ten sposób kodeks etyki lekarskiej aktualny po dziś dzień.

Specyfika *usług medycznych* polega na tym, że dotyczy ona problematyki zdrowia, a więc podstawowego czynnika gwarantującego rozwój demograficzny, społeczny i gospodarczy każdego kraju. Zdrowie nie jest towarem, nie ma też ceny – czyli jest bezcenne. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), pojęcie zdrowia jest pojęciem bardzo złożonym, nie posiadającym jednej definicji. Może być ono określone w różny sposób, m.in.:

- zdrowie jest to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie

tylko nieobecność choroby lub niepełnosprawność³³ (definicja z 1947 r.);

- zdrowie jest stanem subiektywnym, a więc ocenia je osoba, której kwestia zdrowia dotyczy;
- zdrowie to „...stan żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo: pełna sprawność i dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne...”³⁴;
- zdrowie (najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia) jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej;
- zdrowie jest warunkiem wstępnym dobrostanu fizycznego i psychicznego oraz dobrej jakości życia; jest miarą postępu w dziedzinie zmniejszenia ubóstwa, zacieśnienia więzi społecznych i eliminowania dyskryminacji³⁵;
- zdrowie (w ujęciu ekonomicznym) „...jest szczególnym dobrem ekonomicznym, które ma dla pacjenta znaczącą wartość, wynikająca zarówno z jego bezpośredniego, jak i pośredniego wpływu na osiągnięty przez pacjenta poziom zadowolenia, a tym samym na wartość jego funkcji użyteczności...”³⁶.

Z przytoczonych definicji wynika, iż zdrowie jest stanem subiektywnym, który może ocenić tylko osoba, której ono dotyczy, natomiast w sensie obiektywnym o zdrowiu może orzekać tylko lekarz, oceniając stan fizyczny i psychiczny pacjenta.

Do głównych potrzeb zgłaszanych przez konsumentów, wynikających z celów życiowych należą potrzeby zdrowotne, określane jako różnica pomiędzy obserwowanym (realnym) a idealnym poziomem stanu zdrowia³⁷. Potrzeby te są zróżnicowane, a zaliczyć do nich można m.in.:

- ratowanie życia,
- utrzymanie dobrego zdrowia, powrót do zdrowia i walka z chorobą,
- lepsze samopoczucie i wygląd,
- zapobieganie chorobom, profilaktyka,
- otrzymywanie zwolnień lekarskich, zaświadczeń i recept³⁸.

Przykładową klasyfikację potrzeb zdrowotnych, uwzględniającą specyfikę działań marketingowych przedstawia tabela 4.

³³ J.B. Karski, *Teoria organizacji i zarządzania w promocji zdrowia*, COiEOZ, Warszawa 1996, s. 7.

³⁴ *Słownik Języka Polskiego*, S. Dubisz (red.), PWN, Warszawa 2003, s. 952-953.

³⁵ J.B. Karski, A. Koronkiewicz, *Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w regionie Europejskim WHO, PARPA WHO*, Warszawa 2000, s. 13.

³⁶ E. Aksman, *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, UW, Warszawa 2000, s. 12.

³⁷ M.M. Smoleń, M. Smoleń, *Problemy planowania i zastosowania programów marketingowych w organizacjach monopolistycznych – aspekt opieki zdrowotnej*, „Antidotum” 2000, nr 2, s. 14.

³⁸ S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 414.

Tabela 4. Klasyfikacja potrzeb zdrowotnych

Kryterium	Rodzaje potrzeb	Przykłady:
Obligatoryjność korzystania	Potrzeby obligatoryjne (niesterowalne przez pacjentów)	operacja wyrostka robaczkowego, złamanie ręki,
	Potrzeby nieobligatoryjne (sterowane przez pacjentów)	badania laboratoryjne, wybielanie zębów, wizyty kontrolne u ginekologa,
Ryzyko pacjenta	Potrzeby zagrażające życiu	ostry ból brzucha, czerniak skóry,
	Potrzeby zagrażające zdrowiu	przeziębienie, ugryzienie owadów,
	Potrzeby nie zagrażające zdrowiu i życiu	okresowe badania lekarskie,
Czas realizacji potrzeby	Potrzeby wymagające natychmiastowej interwencji	zawał serca, udar mózgu,
	Potrzeby nie wymagające natychmiastowej interwencji (można odłożyć w czasie)	zdjęcie RTG, zabieg chirurgii plastycznej,
Źródło potrzeby	Potrzeby własne	przeziębienie, wrzody żołądka,
	Potrzeby wynikające z realizowanego toku leczenia	badania mikrobiologiczne, RTG, USG, kolonoskopia,
	Potrzeby wynikające z aktywności zawodowej i osobistej	profilaktyczne badania pracowników, testy,
Charakter świadczeń	Potrzeby związane z leczeniem i diagnozowaniem schorzeń	leczenie bezpłodności,
	Potrzeby wynikające z zapobiegania schorzeniom	badania cytologiczne, kontrolne stomatologiczne.

Źródło: S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 415.

Usługa zdrowotna jest, więc usługą specyficzną i można ją określić jako formę oddziaływania na pacjenta w sposób umożliwiający zaspokajanie jego normatywnych potrzeb zdrowotnych. Definicję tą odznacza duży zakres pojęciowy, umożliwiający objęcie całości działalności mającej na celu zaspokajanie potrzeb w zakresie szeroko pojętego zdrowia, które niekoniecznie muszą być związane z działalnością zorganizowanej służby zdrowia. Ponadto odwołuje się ona do potrzeb normatywnych, co stanowi odejście od biomedycznego ujmowania kwestii zdrowia i filozofii profesjonalnej. Potrzebny zdrowotne wynikają bowiem z oddziaływania na człowieka całego otoczenia oraz subiektywnych odczuć dotyczących własnego stanu zdrowia.

Do specyficznych cech usług w zakresie ochrony zdrowia, odróżniających je od innych usług i dóbr konsumpcyjnych można zaliczyć:

- 1) ograniczony wpływ pacjenta na pojawienie się u niego potrzeb – pacjenci nie dążą do choroby, nie chcą, aby ich zdrowie i życie było zagrożone, przez co większość potrzeb w zakresie usług medycznych pojawia się bez woli człowieka, a czasami nawet bez jego zgody;

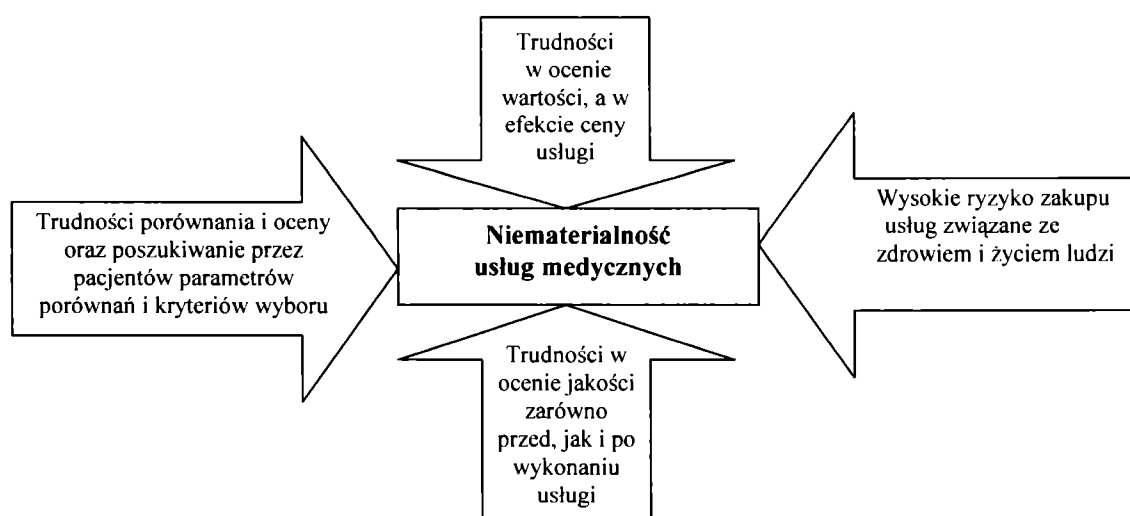
- 2) niewiedzę pacjentów co do własnych potrzeb diagnostycznych czy terapeutycznych, co w efekcie prowadzi do tego, że pacjent spiera się z lekarzem na temat tego, co mu dolega, jakie powinien mieć wykonane badania, zastosowane leczenie, często kwestionując pracę i metody zastosowane przez niego, nie wierząc w powodzenie leczenia;
- 3) subiektywną ocenę przez pacjentów własnych potrzeb zdrowotnych, która wynika najczęściej z niewiedzy pacjentów i utrudnia pracę lekarzom;
- 4) brak możliwości oceny jakości przed ich zakupem, ale również często i po skorzystaniu z usługi – wynika to głównie z braku specjalistycznej wiedzy na ten temat;
- 5) niski stopień niematerialności – wg Ph. Kotlera „usługę medyczną” należałoby określić jako usługę podstawową, połączoną z drugorzędnymi, towarzyszącymi dobrami lub usługami (konsekwencją tej cechy są pewne utrudnienia i niegodności dla pacjenta, które zostały przedstawione na rysunku 6);
- 6) nierozdzielczość procesu ich świadczenia i konsumpcji (kontakt z pacjentem w procesie świadczenia usługi) – zdecydowana większość usług medycznych wymaga stałego lub ewentualnie przejściowego (na pewnym etapie) kontaktu w procesie świadczenia; nie polega on jedynie na kontakcie z pacjentem, ale również na konieczności ingerencji w ludzki organizm (zastrzyk, operacja), co wyostreza wrażliwość pacjenta i wpływa na wymagania co do sposobu zachowania się lekarza i personelu pomocniczego;
- 7) usługę medyczną, która ma charakter procesualny, czasem doraźny i rozgrywa się w konkretnym czasie;
- 8) znaczny stopień pracochłonności i wymaganie wysokich kwalifikacji medycznych – czynności medyczną może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach; związane z tym szkolenia kadry medycznej są procesem ciągłym i niezbędnym; od nich zależą kompetencje placówki medycznej;
- 9) wysoki poziom zróżnicowania, rozumiany w sensie jakościowym – np. operacja przeszczepu nerki prowadzona przez chirurga profesora w znanej klinice amerykańskiej, różni się od podobnej operacji przeprowadzonej przez lekarza w kraju rozwijającym się; jak i ilościowym – np. wypełnienie zęba jest postrzegane przez pacjenta jako pojedyncze działanie, natomiast przez dentystę może być podzielone na kilka mniejszych czynności, za które osobno każe sobie płacić;
- 10) współzależność powodzenia leczenia - zależy nie tylko od samego lekarza, jego wiedzy, profesjonalizmu czy zapewnionej jakości technicznej, ale również od pacjenta, który może przyczyniać się do niepowodzenia;

- 11) substytucyjność usług medycznych postrzegana w dwojaki sposób: wąski – usługi medyczne w zasadzie nie mają substytutów, nie można bowiem leczyć kogoś na serce, jeśli złamał rękę i szeroki – dla niektórych produktów opieki zdrowotnej można znaleźć produkty substytucyjne np. zastąpić je farmaceutykami lub parafarmaceutykami (zastosowanie kosmetyków zamiast wizyty u dermatologa, zakup testu ciążowego jako substytut wizyty u ginekologa i wykonania badań laboratoryjnych itp.);
- 12) komplementarność – korzystanie z usług medycznych powoduje konieczności stosowania lekarstw, wykonania badań RTG, USG czy laboratoryjnych, w celu postawienia prawidłowej diagnozy i zastosowania odpowiedniego leczenia itp.;
- 13) wysoki stopień kontroli procesu świadczenia usług medycznych – proces ten oddziałuje na zdrowie i życie człowieka, które postrzegane jest jako dobro najwyższe, tak więc zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, dlatego też zasady prowadzenia działalności medycznej są ściśle regulowana przez prawo;
- 14) trudność w oszacowaniu popytu na usługi medyczne, gdyż jest on mało przewidywalny, uzależniony od stylu życia i postępu cywilizacji, polega na ograniczonej sezonowości na usługi medyczne i konieczności ograniczania korzystania z usług w przypadku nadmiernej konsumpcji;
- 15) niepewność i ryzyko, dotyczą zarówno czasu wystąpienia i trwania schorzenia, jak i skali złożoności procesu chorobowego, skutków leczenia, ograniczeń, niepełnosprawności w późniejszym życiu.

Usługi ochrony zdrowia generują pozytywne i negatywne efekty zewnętrzne, które nie w pełni poddają się identyfikacji. Do efektów tych można zaliczyć:

- złożoność pod względem psychologicznym procesu, który odbywa się w obecności pacjenta i któremu towarzyszy stres,
- fachowość świadczenia usług zdrowotnych; pacjent nie wie do czego służą skomplikowane narzędzia, nie zawsze rozumie nazwy wymieniane przez lekarza, pielęgniarkę, dlatego wymagana jest dobra komunikacja personelu z pacjentem i poświęcenie mu możliwie dużej uwagi, co owocuje budowaniem zaufania do placówki medycznej,
- jakość usługi zdrowotnej nie zawsze zależy od samego personelu, ale również od „wyjściowego” stanu zdrowia pacjenta.

Rysunek 6. Wyznaczniki niematerialności usług medycznych z punktu widzenia pacjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 417.

Specyfika *usług medycznych* polega również na tym, że nie ma możliwości wzięcia ich w posiadanie oraz są one połączone z brakiem gwarancji skuteczności. Pacjent nie ma pewności, że po uzyskaniu pomocy medycznej będzie wyleczony oraz często nie jest świadomy skutków zaniechania leczenia. Dlatego lekarz powinien edukować pacjentów poprzez wskazanie korzyści z danej usługi i problemów, jakie mogą się pojawić w wyniku leczenia oraz tworzyć pozytywny wizerunek placówki medycznej, co kreuje wiarygodność i zachęca pacjenta do korzystania z usług³⁹.

Usługi medyczne przez fakt bezpośredniego świadczenia indywidualnym pacjentom przez wysokowyszkolony personel, posiadają właściwość wytwarzania specyficznej, intymnej więzi pomiędzy pracownikiem medycznym a pacjentem⁴⁰. Stopień akceptacji tej relacji determinuje poziom zaufania i ocenę jakościową świadczonych usług.

Charakteryzując cechy tych relacji można wskazać trzy typy związku, tj⁴¹:

- model paternistyczny, w którym lekarz decyduje o sposobie leczenia i stara się nakłonić pacjenta do jego akceptacji,

³⁹ J. Kogut, *Usługi medyczne w systemie funkcjonowania organizacji usługowych w Polsce*, [w:] W. Gabrusewicz (red.), *Rachunkowość w teorii i praktyce*, Wyd. AE Poznań, Poznań 2007, s. 171-184.

⁴⁰ W połowie lat 60-tych XX w., dr B. Korsch zainstalowała w swoich gabinetach kamery, by zidentyfikować cechy więzi jakie łączą pacjentów i lekarzy. Badanie było podstawą opracowania zasad komunikacji w usługach medycznych. Por. B. Korsch, V. Wegrere, *Doktor-Patient Communication*, Amor 1972, s. 227, za T. Gordon, W. Edward, *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999, s. 24-25.

⁴¹ M. Dobska, *Uwarunkowania i rola relacji profesjonalista-pacjent*, [w:] K. Rogoziński, *Marketing profesjonalny. Kultura organizacji, osobowość profesjonalisty*, AE Poznań, Poznań 2001, s. 328.

- model informacyjny, gdzie lekarz występuje jako ekspert, udzielający stosowanych informacji i porad, a pacjent dokonuje wyboru metody leczenia,
- model interpretacyjny, w którym lekarz dostarcza informacji o stanie zdrowia chorego, wskazując zarówno ryzyko jak i korzyści z różnych metod leczenia, występuje jako doradca i argumentuje wybór drogi postępowania,
- model wspólnego naradzania się, gdzie lekarz przyjmuje rolę nauczyciela lub przyjaciela i rozważa wraz z pacjentem procedurę leczenia, wskazując plusy i minusy; w tym przypadku decyzja podejmowana jest wspólnie.

Przedstawiona charakterystyka usług medycznych determinuje relacje, jakie powstają pomiędzy lekarzem a pacjentem. Stanowią one podstawowy i bardzo ważny czynnik, kształtujący przebieg procesu leczenia i jego wyniki. Wartość, jaką powszechnie przypisuje się kategorii zdrowia powoduje, że trudno jest znaleźć usługę, która bardziej niż usługa medyczna podlegałaby kontroli oddziaływań lekarza na przebieg procesu usługowego.

W ujęciu systemowym usługi medyczne można zaliczyć do kategorii usług profesjonalnych. Podstawą ich wyodrębnienia nie jest branżowa klasyfikacja usług, ale zaangażowanie specjalistów w proces usługowy⁴². K. Rogoziński określa usługi profesjonalne jako „...usługi realizowane przez wysokiej klasy zawodowców tj. z pełnym wykształceniem wyższym, permanentnie uzupełnianym, dobrymi umiejętnościami zawodowymi/specjalistycznymi stale doskonalonymi ...”⁴³. B. Iwankiewicz – Rak⁴⁴ wymienia cechy usług profesjonalnych, do których zalicza:

- profesjonalizm w realizacji funkcji sprzedaż,
- relację pomiędzy usługodawcą a klientem,
- odpowiedzialność przed otoczeniem społecznym,
- fachowość,
- empatię,
- standaryzację i organizację procesu usługowego,
- jakość procesu,
- szerokie grono nabywców,
- autonomię profesjonalisty,
- licencję na prowadzenie działalności specjalistycznej,

⁴² D. Thomas, *Strategy is different in service business*, “Harvard Business Review”, 1978, July-August, s. 161.

⁴³ K. Rogoziński, *Rynek i nowy marketingu*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2005, s. 157.

⁴⁴ Więcej w: B. Iwankiewicz – Rak, *Warunki adaptacji marketingu firm usług profesjonalnych w organizacjach niedochodowych*, [w:] K. Rogoziński (red.), *Marketing usług profesjonalnych*, Materiały z konferencji AE Poznań, Poznań 1999, s. 40.

- niepewność nabywania usług,
- etykę.

T. Imse⁴⁵ podkreśla natomiast cechy grupy zawodowej, jaką są profesjonaliści i zalicza do nich: specjalistyczną wiedzę, imperatyw permanentnego podnoszenia umiejętności i kwalifikacji, działanie oparte na własnym rozsądku i etyce altruizmu oraz wywieranie wpływu na życie innych ludzi.

Wszystkie wymienione cechy i określenia usług profesjonalnych oddają sedno usług medycznych, które oprócz właściwości opisujących wszystkie usługi, mają cechy specyficzne związane z ludzkim zdrowiem i jego ochroną.

Usługi zdrowotne można zatem określić jako zespół profesjonalnych działań, świadczonych z wykorzystaniem dostępnej wiedzy medycznej i aparatury. Jest to postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne, którego efektem końcowym (z założenia) jest zdrowy pacjent. Zdrowy, czy zgodnie z definicją zamieszczoną w Słowniku Języka Polskiego „...cieszący się dobrym zdrowiem, nie cierpiący na żadną chorobę...”⁴⁶. Inaczej mówiąc, zdolny do pełnienia roli społecznej, właściwie w danym obszarze kulturowym dla osoby danej płaci i w danym wieku.

Według Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU)⁴⁷ usługi zdrowotne zostały sklasyfikowane w sekcji N dziale 85 – Usługi w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dział ten obejmuje usługi w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego, usługi weterynaryjne oraz usługi pomocy społecznej.

Ze względu na zakres prezentowanej pracy bliżej zostaną scharakteryzowane tylko usługi w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego.

Usługi w zakresie ochrony zdrowia są to usługi świadczone przez szpitale, przychodnie i praktyki lekarskie, usługi stomatologiczne, i inne. Szczegółowy podział tych usług przedstawia tabela 5.

Polska Klasyfikacja Działalności (PKD), aktywność dotyczącą świadczenia usług medycznych klasyfikuje w sekcji Q – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna. Sekcja ta obejmuje:

- opiekę zdrowotną prowadzoną przez lekarzy w szpitalach lub innych placówkach,
- działalność fizjoterapeutyczną,

⁴⁵ T. Imse, *The Professionalization of Business Management*, Vantage Press, New York 1962, s. 24.

⁴⁶ *Słownik Języka Polskiego...*, op. cit., s. 952-953.

⁴⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), (Dz. U. z 2004 r. Nr 89, poz. 844).

- działalność pogotowia ratunkowego,
- pomoc społeczną z zakwaterowaniem, która wymaga w pewnym stopniu opieki zdrowotnej,
- pomoc społeczną niewymagającą zaangażowania specjalistów w zakresie opieki medycznej.

Tabela 5. Podział usług w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego według PKWiU

85.1	Usługi w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego	
85.11	Usługi świadczone przez szpitale	• Usługi szpitalne chirurgiczne, • Usługi szpitalne ogólnomedyczne, • Usługi szpitalne ginekologiczne i położnicze, • Usługi szpitalne rehabilitacyjne, • Usługi szpitalne psychiatryczne, • Usługi szpitalne pozostałe.
85.12	Usługi medyczne świadczone przez przychodnie i praktyki lekarskie	• Konsultacje i leczenie prowadzone przez lekarzy ogólnych i rodzinnych, • Konsultacje i leczenie prowadzone przez lekarzy specjalistów i chirurgów.
85.13	Usługi stomatologiczne	• Usługi w zakresie ortodoncji, • Usługi stomatologiczne pozostałe.
85.14	Usługi w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego, pozostałe	• Usługi położnych, • Usługi pielęgniarek, • Usługi świadczone przez fizjoterapeutów i personel paramedyczny, włączając usługi homeopatyczne i podobne, z wyłączeniem usług świadczonych przez lekarzy medycyny, • Usługi ambulansów wypadkowych, • Usługi w zakresie ochrony zdrowia świadczone w obiektach zapewniających pacjentom zakwaterowanie innych niż szpitale, • Usługi świadczone przez laboratoria medyczne, • Usługi świadczone przez banki krwi, spermy i organów przeznaczonych do transplantacji, • Usługi w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego pozostałe, gdzie indziej niesklasyfikowane.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), (Dz. U. z 2004 r. Nr 89, poz. 844).

W ujęciu zbiorczym Polska Klasyfikacja Działalności związana ze świadczeniem usług zdrowotnych i pomocą społeczną została przedstawiona w tabeli 6.

Tabela 6. Klasyfikacja usług w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej według PKD

Sekcja Q	
OPIEKA ZDROWOTNA I POMOC SPOŁECZNA	
86.10.Z	Działalność szpitali
86.21.Z	Praktyka lekarska ogólna
86.22.Z	Praktyka lekarska specjalistyczna
86.23.Z	Praktyka lekarska dentystyczna
86.90.A	Działalność fizjoterapeutyczna
86.90.B	Działalność pogotowia ratunkowego
86.90.C	Praktyka pielęgniarek i położnych
86.90.D	Działalność paramedyczna
86.90.E	Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana
87.10.Z	Pomoc społeczna z zakwaterowaniem zapewniająca opiekę pielęgniarstwa
87.20.Z	Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób z zaburzeniami psychicznymi
87.30.Z	Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych
87.90.Z	Pozostała pomoc społeczna z zakwaterowaniem
88.10.Z	Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych
88.91.Z	Opieka dzienna nad dziećmi
88.99.Z	Pozostała pomoc społeczna bez zakwaterowania, gdzie indziej niesklasyfikowana

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), (Dz. U. z 2007 r. Nr 251, poz. 1885).*

Typologia usług zdrowotnych może być oparta na wielu podstawach podziału, pozwalających przeanalizować ich specyfikę, wśród których można wyróżnić:

- horyzont czasowy,
- miejsce świadczenia usług,
- cykl leczenia,
- możliwość podziału,
- możliwość oznaczenia charakteru usługi.

Podział usług zdrowotnych w oparciu o kryterium horyzontu czasowego, dzieli je na świadczenia:

- jednorazowe, które wymagają jednorazowego zachowania się świadczeniodawcy w celu spełnienia świadczenia, np. porada lekarska, usługa stomatologiczna,
- ciągłe, polegające na zachowaniu się wykonawcy w określony sposób przez pewien czas, np. opieka paliatywna, pielęgnacja chorych,
- okresowe (periodyczne), występujące wówczas, gdy w ramach jednej umowy wykonawca ma spełniać szereg powtarzających się cyklicznie świadczeń jednorazowych, np. rehabilitacja lecznicza, badania okresowe, mają one z jednej strony charakter świadczeń

jednorazowych – każde z nich jest z reguły traktowane jako świadczenie samodzielne realizowane częściami, z drugiej strony upodabniają się one do świadczeń ciągłych, gdyż ich spełnienie rozkłada się zawsze na pewien okres czasu.

Zgodnie z kryterium miejsca świadczenia usług, wyróżnia się: usługi świadczone w warunkach ambulatoryjnych, w lecznictwie zamkniętym (z zakwaterowaniem) oraz usługi świadczone w domu.

Przyjmując natomiast za kryterium klasyfikacji usług zdrowotnych cykl leczenia rozróżnia się usługi:

- zdrowotne profilaktyczne – usługi profilaktyki samoistnej i niesamoistnej),
- zdrowotne lecznicze – usługi ograniczające rozwój choroby, ograniczające chorobę, opieki na upośledzonych, opieki termalnej oraz
- zdrowotne rehabilitacyjne – usługi zaopatrzenia protetycznego, rehabilitacji psychoruchowej.

Kolejnym kryterium jest możliwość podziału przedmiotu usług zdrowotnych, które dzieli je na usługi:

- podzielne, czyli takie, które mogą być realizowane częściowo bez zmiany ich właściwości, przy czym zlecający wykonanie świadczenia nie może odmówić przyjęcia zrealizowanej części zamówienia, np. usługi stomatologiczne,
- niepodzielne, które ze swej natury nie mogą być realizowane etapami, np. zabiegi operacyjne.

Ostatnie kryterium podziału usług zdrowotnych odnosi się do przedmiotu, którego ona dotyczy. Zgodnie z nim można wyróżnić:

- świadczenia oznaczone indywidualnie, np. szczepienia ochronne przeciw grypie szczepionką „Vaxigrip”, gdzie rodzaj wykorzystanego leku oznaczony jest szczegółowo według przymiotów jemu tylko właściwych,
- świadczenia oznaczone rodzajowo, np. szczepienie ochronne przeciw WZW typu B – rodzaj wykorzystanego preparatu jest określony tylko, co do gatunku poprzez wskazanie cech, które są na ogół właściwością większej grupy leków.

Szczegółową definicję świadczenia zdrowotnego, wraz w wyliczeniu podstawowych jego typów zawiera Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁸. Zgodnie z art. 3 ustawy świadczenie zdrowotne to „...działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i

⁴⁸ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Akt posiada tekst jednolity – Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.

poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a w szczególności:

- 1) badanie i porada lekarska,
- 2) leczenie,
- 3) badanie i terapia psychologiczna,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- 6) opieka nad zdrowym dzieckiem,
- 7) badanie diagnostyczne, w tym analityka medyczna,
- 8) pielęgnacja chorych,
- 9) pielęgnacja niepełnosprawnych i opieka nad nimi,
- 10) opieka paliatywno-hospicyjna,
- 11) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- 12) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- 13) czynności techniczne z zakresu protetyki i ortodoncji,
- 14) czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze...”.

Usługą medyczną można więc nazwać każdy rodzaj kontaktu zakładu opieki zdrowotnej z pacjentem. Świadczeniem zdrowotnym jest zarówno porada, procedura medyczna, jak i proces leczenia pacjenta cierpiącego na określoną jednostkę chorobową.

Z pojęciem usługi medycznej nierozzerwalnie łączy się działanie określane mianem procedury medycznej, które zgodnie z definicją zawartą w Słowniku Języka Polskiego oznacza „...unormowany przepisami, zwyczajami sposób prowadzenia, załatwienia jakiejś sprawy...”⁴⁹.

Żaden z aktów prawnych regulujących działalność zakładów opieki zdrowotnej nie definiuje pojęcia procedury medycznej. Autorzy, którzy prowadzą badanie w sektorze ochrony zdrowia przyjmują najczęściej definicję, według której „...procedura medyczna jest to diagnostyczna, terapeutyczna, rehabilitacyjna i profilaktyczna czynność personelu medycznego, wykonana zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentom, zmierzająca do zapobiegania chorobom, określenia stanu zdrowia i wyleczenia pacjenta...”⁵⁰.

⁴⁹ *Słownik Języka Polskiego...*, op. cit., s. 560.

⁵⁰ M. Smoleń, *Koszty, procedury, standardy postępowania medycznego w zakładach opieki zdrowotnej*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 27-28.

Wszystkie procedury medyczne posiadają swoje nazwy własne. W celu zapewnienia porównywalności danych nazewnictwo procedur medycznych w skali kraju powinno być uporządkowane. Podstawowe klasyfikacje, które są brane w tym celu pod uwagę to⁵¹:

- ICD-9-CM z modyfikacją stanowiącą uzupełnienie o procedury laboratoryjne – podstawowa klasyfikacja procedur medycznych uznana w 2003 roku, na spotkaniu roboczym korespondentów krajowych w zakresie danych zdrowotnych krajów OECD, jako zapewniająca porównywalność międzynarodową⁵²,
- klasyfikacje typu SNOMED – nowocześniejsze, rozbudowane i kompletne klasyfikacje szczególnie przydatne do zastosowań badawczych,
- CPT – amerykańska klasyfikacja procedur używana do wyceny kosztów procedur oraz wartościowania pracy lekarzy.

Podsumowując dotychczasowe rozważania stwierdzić można, że usługa medyczna jest usługą specyficzną, realizowaną tylko przez podmioty, których ustawowym celem działalności jest zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu, czyli przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub przez osoby fizyczne o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.

Wykonanie usługi medycznej jest uzależnione od zgodnego oświadczenia stron, a więc usługodawcy i pacjenta (usługobiorcy), lub w uzasadnionych przypadkach interesy pacjenta może reprezentować członek najbliższej rodziny lub jego prawny opiekun. Występuje tu jednak sytuacja odmienna niż w przypadku świadczenia innego typu usług dostępnych na rynku, w której nie można spisać umowy między stronami procesu usługowego, gwarantującej jego skuteczność oraz zgodność z oczekiwaniami nabywcy. Wynika to z tego, iż każdy pacjent ma inne wyobrażenie o usługach, na które się decyduje.

Ponadto regulowanie dostępu do usług medycznych odbywa się głównie na podstawie gwarancji zawartych w Konstytucji, ale także poprzez mechanizm rynkowy – jak w przypadku standardowych towarów i usług. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 stanowi bowiem, że „...każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych...”⁵³.

⁵¹ J. Grabowski, *Wdrożenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych – warunki i zagrożenia*, Zdrowia Publiczne i Zarządzanie, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia 2004, tom II, nr 2.

⁵² A. Kozierkiewicz (red.), *Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych*, Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Wyd. 3, Kraków 2007.

⁵³ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.* (Dz. U. Nr 78, poz. 483).

1.3. Finansowanie usług medycznych

System ochrony zdrowia definiowany jest jako „...konceptyjnie wyodrębniona całość, której części współprzyczyniają się do powodzenia całości, a powodzenie to jest rozumiane jako realizacja misji polityki zdrowotnej...”⁵⁴. Najczęściej system ten utożsamia się z systemem zdrowotnym państwa. Podstawą systemu ochrony zdrowia jest oczywiście system opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest zapewnienie wszelkich świadczeń zdrowotnych pacjentom. Do podstawowych celów systemu opieki zdrowotnej należy zaliczyć⁵⁵:

- 1) dostarczenie pacjentom odpowiedniego, wymaganego zakresu świadczeń zdrowotnych, bez uwzględniania wszelkich dzielących ich kryteriów (ekonomicznych, społecznych, kulturowych czy geograficznych),
- 2) zagwarantowanie świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na odpowiednim poziomie z wykorzystaniem wiedzy i sztuki medycznej, a także zasad dobrej praktyki (gwarancja jakości świadczeń zdrowotnych),
- 3) zapewnienie efektywności opieki zdrowotnej zarówno pod względem medycznym, jak i ekonomicznym poprzez optymalne korzystanie z zasobów materialnych, finansowych oraz osobowych,
- 4) praca nad permanentnym udoskonalaniem działającego systemu, co zapewni satysfakcję użytkownikom oraz świadczeniodawcom.

Schemat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej został przedstawiony na rysunku 7.

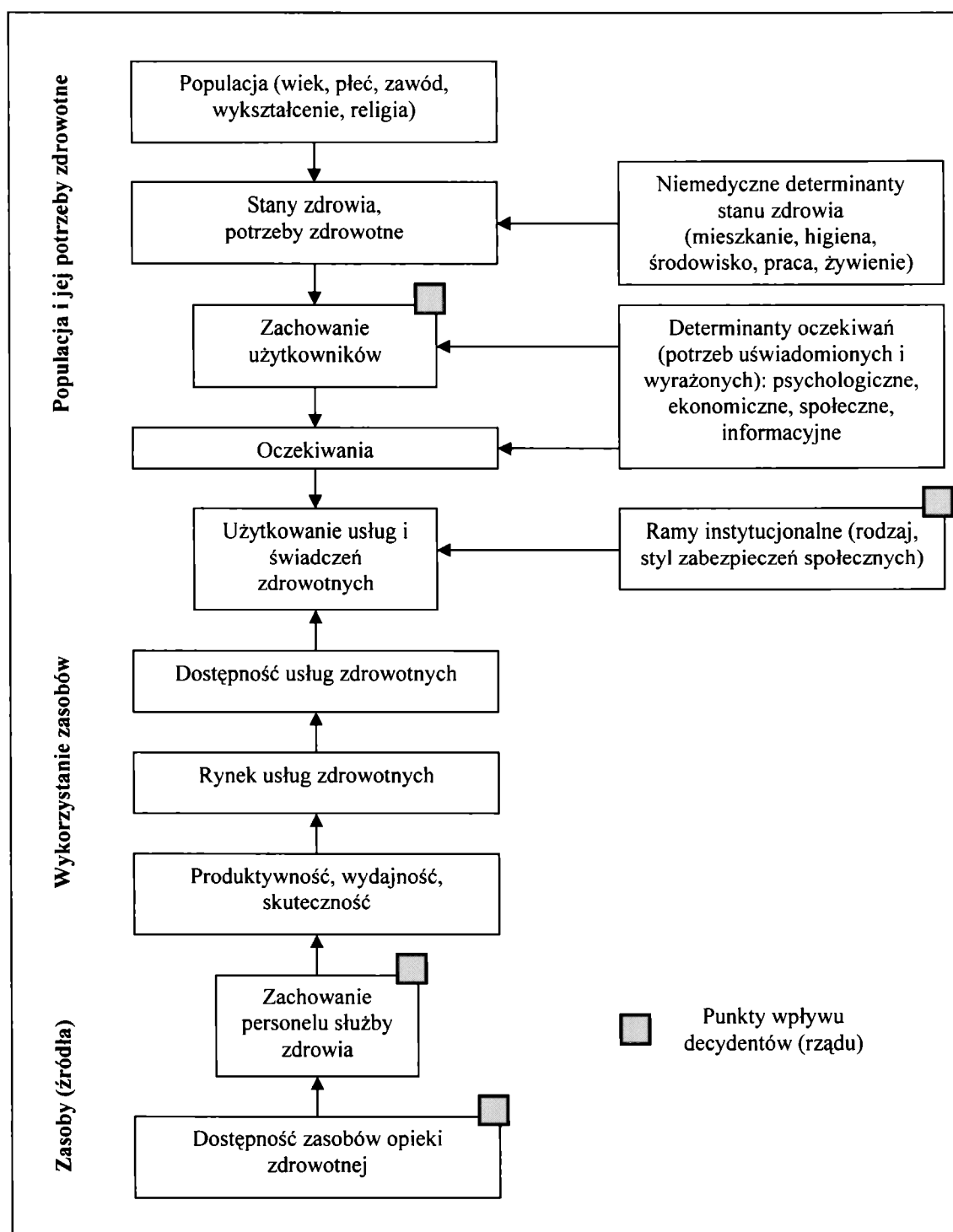
Omawiając zagadnienia dotyczące systemu opieki zdrowotnej należy zwrócić uwagę na specyficzne cechy go charakteryzujące. Pierwsza z nich dotyczy dysproporcji, jakie występują pomiędzy pacjentem i lekarzem w zakresie posiadanej wiedzy medycznej. Przeciętny pacjent dysponuje bardzo ograniczonymi informacjami na temat stanu swojego zdrowia, możliwości zastosowania różnorodnych świadczeń medycznych czy efektywnego korzystania z opieki medycznej. Fakt ten prowadzi do sytuacji, w której dochodzi do spotkań pacjenta z lekarzem, posiadającym odpowiednią wiedzę medyczną i przyjmującym za zadanie udzielenie fachowej pomocy potrzebującemu⁵⁶.

⁵⁴ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź, Warszawa, Kraków 1996, s. 28.

⁵⁵ S. Poździej, *System zdrowotny*, Zdrowie Publiczne, s. 128.

⁵⁶ Zob. E. Aksman, *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i w polskiej opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Warszawski WNE, Warszawa 2000, s. 18.

Rysunek 7. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej



Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, Zdrowie Publiczne, op.cit, s. 131.

Drugą cechą systemu opieki zdrowotnej jest występująca niepewność dotycząca ewentualnej choroby pacjenta. Dlatego też trudno jest zaplanować czas, miejsce oraz sposób leczenia, a także określić jego koszty. Z tego też powodu pojawia się pomiędzy

świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą trzeci podmiot, którego zadaniem jest pobieranie od pacjenta regularnych, niewielkich opłat w zamian za zagwarantowanie mu refundacji kosztów opieki medycznej w sytuacji tego wymagającej (np. choroby). Funkcję tego trzeciego podmiotu mogą spełniać organy władzy państwowej lub samorządowej, powszechne ubezpieczalnie społeczne oraz przedsiębiorstwa prywatne zajmujące się ubezpieczeniami zdrowotnymi. W sytuacji kontaktu pacjenta z opieką zdrowotną podmioty te gwarantują najczęściej bezpłatne korzystanie z jej usług.

Trzecia cecha omawianego systemu, która również potwierdza jego odmiennność, to „...tworzenie pozytywnych efektów zewnętrznych przy korzystaniu przez pacjenta ze świadczeń (...) Te dodatkowe korzyści mogą być tożsame z pośrednim lub bezpośrednim ratowaniem, przywracaniem, zachowaniem albo poprawianiem stanu zdrowia pozostałych osób; mogą one powstawać albo z częściowym zamiarem pacjenta, albo też nieumyślnie. Mogą one zostać osiągnięte na przykład poprzez poddawanie się pacjenta szczepieniom ochronnym przeciwko chorobom zakaźnym, przyjmowanie przez pacjenta opieki podczas pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym czy też korzystanie z usług przez pacjentkę w ciąży. Czasami ich generowanie, w pewnej mierze zamierzone względem tylko niektórych pacjentów, prowadzi również do korzyści medycznych wielu innych osób...”⁵⁷. Zaprezentowane cechy świadczą o unikalności i ogromnej specyfice systemu opieki zdrowotnej.

Na system opieki zdrowotnej, rozumiany także jako ogół istniejących rozwiązań prawnych i organizacyjnych, mających na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych uczestników systemu, składają się różne elementy konstrukcyjne, w tym przede wszystkim: zasada przynależności do systemu, partycypacja finansowa w systemie i jej zróżnicowanie, przyjęta metoda lub metody finansowania świadczeń zdrowotnych, organizacja i zasoby sektora zdrowotnego, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami.

Sposób organizacji systemu ochrony zdrowia stanowi wypadkową oddziaływania wielu czynników, do których można zaliczyć m.in. ustrój społeczno-polityczny, stan gospodarki oraz poziom wiedzy i kultury danego społeczeństwa. Istotna rola w tym zakresie przypada polityce zdrowotnej, która stanowi narzędzie realizacji założonych celów państwa w ochronie zdrowia i wpływa na formułowanie zasad i norm postępowania w sprawach dotyczących zdrowia. W szczególności wyznacza zakres kompetencji i odpowiedzialności państwa w

⁵⁷ Ibidem, s. 20.

sferze ochrony zdrowia⁵⁸.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej można określić jako działalność o charakterze planowym i ciągłym, prowadzoną z reguły przez wyspecjalizowane jednostki, nakierowaną na zapewnienie świadczenia odpowiedniej ilości i jakości usług medycznych poprzez przekazywanie środków pieniężnych na rzecz podmiotów ochrony zdrowia. Ponadto przedstawione określenie finansowania należałoby uzupełnić o dodatkowe założenia, a mianowicie:

- nieodzowną cechą finansowania stanowi wydatkowanie zgromadzonych wcześniej środków pieniężnych,
- finansowanie jest prowadzone przez wyspecjalizowane podmioty, których działalność ma charakter planowy i trwały; pod tym względem musi być ono odróżnione od jednorazowych aktów finansowania, np. zapłaty za świadczenie zdrowotne, przekazanie darowizny dla zakładów opieki zdrowotnej,
- nadrzędnym celem finansowania jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych określonego typu odbiorców (ogółu obywateli, grup ubezpieczonych itp.).

Mimo powszechnego uznania zasady odpowiedzialności państwa za zdrowie jego obywateli, w różnych krajach przyjęto odmienne sposoby jej realizacji. W konsekwencji współcześnie można wyróżnić następujące podstawowe systemy (modele) ochrony zdrowia⁵⁹:

- 1) model ubezpieczeniowy (Bismarcka),
- 2) model narodowej służby zdrowia Beveridgea,
- 3) model rezydualny (wolnorynkowy),
- 4) model zaopatrzeniowy Siemaszki.

W modelu Bismarcka, określanym także modelem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, finansowanie usług medycznych oparte jest najczęściej na obowiązkowych składkach ubezpieczeniowych płaconych przez pracowników i pracodawców. System ten ma charakter zdecentralizowany, co oznacza, że funduszami powstałymi ze zgromadzonych składek zarządzają niezależne od państwa instytucje ubezpieczeniowe typu kasy chorych, które pełnią rolę płatnika świadczeń medycznych. Państwo natomiast koordynuje organizację systemu poprzez tworzenie odpowiednich regulacji prawnych. Prawo do korzystania ze świadczeń przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem, a nie wszystkim obywatelom danego państwa. Do państw europejskich, których finansowanie systemu ochrony zdrowia odbywa się na

⁵⁸ P. Białynicki-Birula, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, AE Kraków, Monografie: Prace Doktorskie Nr 4, Kraków 2006, s. 46.

⁵⁹ A. Przybyłka, *Systemy ochrony zdrowia – rozwiązania modelowe*, AE Katowice, Katowice 1999, s. 50.

zasadzie metody ubezpieczeniowej należą: Niemcy, Austria, Belga, Holandia, Francja, Szwajcaria. W ostatnich kilkunastu latach obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne zostały wprowadzone również w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Estonia, Czechy, Słowacja, Polska, Litwa, Bułgaria, Rumunia, Węgry), w których w związku z transformacją ustrojową przyjęto rozwiązania ubezpieczeniowe w zakresie finansowania publicznej ochrony zdrowia.

Kolejny model – narodowej służby zdrowia, został wprowadzony w 1948 roku w Wielkiej Brytanii na podstawie raportu przygotowanego przez W. Beveridge'a. System ten ma charakter zaopatrzeniowy i bazuje na następujących założeniach⁶⁰:

- wszyscy obywatele uprawnieni są do korzystania z powszechnie dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej,
- świadczenia zdrowotne finansowane są z podatków zasilających budżet państwa,
- udział własny pacjenta w kosztach świadczeń jest niewielki,
- państwo zarządza systemem ochrony zdrowia i sprawuje nad nim kontrolę.

Do państw, w których finansowanie systemów opieki zdrowotnej bazuje na tej metodzie można zaliczyć: Wielką Brytanię, Danię, Finlandię, Szwecję, Norwegię, Irlandię, Portugalie, Grecję, Hiszpanię, Włochy.

Model rezydualny zakłada natomiast dominację wolnorynkowych mechanizmów w zakresie organizacji i finansowania ochrony zdrowia. W modelu tym nie występuje powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, a państwo finansuje świadczenia zdrowotne jedynie dla osób znajdujących się w szczególnej sytuacji życiowej, np. osób najbiedniejszych, starszych, niezdolnych do pracy. Głównym sposobem finansowania usług medycznych są prywatne, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, przy czym zakres opieki zdrowotnej jest zróżnicowany w zależności od wysokości składki. W efekcie dostęp do usług medycznych jest ograniczony ze względu na sytuację materialną poszczególnych obywateli. Pierwowzorem tego modelu jest system ochrony zdrowia funkcjonujący w USA.

W ostatnim z omawianych modeli, zwanym też modelem socjalistycznym, występuje wyłączność państwowej, powszechnej służby zdrowia w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych obywateli. Koncepcja ta zakłada równy i bezpłatny dostęp wszystkich osób do świadczeń medycznych finansowych w całości z budżetu państwa oraz pełną kontrolę państwa nad funkcjonowaniem służby zdrowia. System ten nie jest obecnie stosowany, a pewne jego modyfikacje funkcjonowały w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (tzw. krajach

⁶⁰ Ibidem, s. 50-53. Zob. także: J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, s.131.

demokracji ludowej)), które obecnie dokonały lub dokonują transformacji do systemu ubezpieczeniowego.

Forma finansowania stanowi, więc jeden z najważniejszych wyróżników współczesnych modeli ochrony zdrowia. W dużej mierze odzwierciedla ono filozofię organizacji ochrony zdrowia oraz stawiane przed nią cele w aspekcie zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli.

Problematyka finansowania systemu opieki zdrowotnej rozważana w skali makro, rozumianej jako gospodarowanie środkami na ochronę zdrowia, może być rozpatrywana wieloaspektowo. Na pierwszy plan powinny być wysunięte kwestie źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia, następnie dochodów i wydatków, ponoszonych w związku z jego funkcjonowaniem, a także zagadnienia mechanizmów przekazania środków finansowych na ochronę zdrowia.

Pierwsza kwestia, dotycząca źródeł finansowania pozwala scharakteryzować pochodzenie środków finansowych oraz wielkości ich udziału w finansowaniu ochrony zdrowia. Z tego punktu widzenia, stosując kryterium podmiotowo-przedmiotowe, źródła finansowania można podzielić na trzy grupy:

- źródła publiczne,
- źródła prywatne,
- pozostałe.

Wymienione źródła finansowania systemu ochrony zdrowia zostały przedstawione w tabeli 7.

O zakwalifikowaniu danego źródła do kategorii źródeł publicznych decyduje przede wszystkim publiczny charakter dostarczanych przez nie środków finansowych. Podstawowym publicznym źródłem finansowania systemu opieki zdrowotnej jest budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Finansowanie z budżetu państwa stanowi naturalną konsekwencję podejmowanych przez nie interwencji w ochronę zdrowia, natomiast finansowanie przez samorząd w dużej mierze wynika ze sprawowanego nadzoru nad jednostkami opieki zdrowotnej, a przede wszystkim pełnienia funkcji ich organu założycielskiego. Ponadto środki pieniężne pochodzące z samorządu mają z reguły charakter uzupełniający i nie dotyczą bieżącej działalności zakładów opieki zdrowotnej. Samorządy wspierają najczęściej ich działalność inwestycyjną bądź też udzielają dotacji w celu poprawy ich kondycji finansowej. Finansowanie z budżetu państwa charakteryzuje się znacznie szerszym zakresem możliwości kierunków wydatkowania. Może ono dotyczyć bezpośrednio subsydiowania wytwarzania bądź dokonywania zakupu świadczeń zdrowotnych,

refundowania zakupu leków, finansowania wynagrodzenia personelu medycznego oraz działalności podmiotów zarządzania ochroną zdrowia.

Do publicznych źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej należy ponadto zaliczyć środki pozabudżetowe oraz parabudżetowe, których istnienie wynika z decentralizacji finansów publicznych. Pierwsze z nich to przede wszystkim różnego rodzaju fundusze celowe, wspierające działalność podmiotów ochrony zdrowia w wybranych dziedzinach (np. w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych). Natomiast środki parabudżetowe, w zakresie finansowania opieki zdrowotnej, stanowią wyodrębnioną kategorię środków publicznych, których podstawę funkcjonowania stanowią składki wpłacane przez ubezpieczonych.

Istotnym, publicznym elementem zasilania ochrony zdrowia są udziały w pewnych daninach publicznoprawnych, będących z reguły dochodami budżetu państwa. Są one przeznaczane na finansowanie programów zdrowotnych, mających na celu ograniczanie negatywnych skutków działań stanowiących źródło wpływów budżetowych, np. podatki od wyrobów tytoniowych, alkoholowych, gier losowych itp.

Tabela 7. Źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej

Publiczne	Prywatne	Pozostałe
Budżet państwa, Budżety samorządu terytorialnego, Transfery budżetowe – dotacje, subwencje, Gospodarka pozabudżetowa – fundusze celowe, Środki parabudżetowe – obowiązkowe, powszechne ubezpieczenia zdrowotne, Dotacje organów założycielskich będących podmiotami publicznymi, Udział w podatkach: od papierosów, alkoholu, gier losowych, Loterie.	Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, Wydatki na ochronę zdrowia gospodarstw domowych – opłaty, składki, Darowizny, spadki, zapisy, Fundacje.	Organizacje pozarządowe, Pracownicze ubezpieczenia zdrowotne, Organizacje religijne, Pomoc zagraniczna, Udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych, Działalność gospodarcza (uboczna) świadczeniobiorców, Orzeczenia sądowe – nawiazki, grzywny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P. Białynicki-Birula, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, AE Kraków, Monografie: Prace Doktorskie Nr 4, Kraków 2006, s. 78.

Do prywatnych źródeł finansowania opieki zdrowotnej należy w szczególności zaliczyć fundusze komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawą ich gospodarki finansowej są składki pozyskane od ubezpieczonych, przeważnie na zasadzie dobrowolności, z reguły w

celu finansowania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych. Stąd w większości krajów mają one charakter jedynie uzupełniający.

Istotną grupę wśród prywatnych źródeł stanowią również budżety gospodarstw domowych, gdyż obywatele często płacą „z własnej kieszeni” za świadczenia zdrowotne (pomimo posiadania ubezpieczenia) bądź to dokonując ich zakupu na zasadach komercyjnych lub też uczestnicząc w kosztach wytwarzania świadczeń. Przykładem tego typu świadczeń mogą być: usługi dentystyczne, zakup leków, wykonywanie badań diagnostycznych. Zasadniczym motywem takiego postępowania jest chęć ominięcia konieczności długiego oczekiwania na wykonanie usługi, z drugiej strony jest to metoda racjonalizacji kosztów opieki zdrowotnej.

Poza wymienionymi, prywatnymi źródłami finansowania opieki zdrowotnej, są także środki w postaci różnego rodzaju darowizn, spadków otrzymanych bezpośrednio od obywateli, czy też pośrednio poprzez donacje prywatnych fundacji zajmujących się sprawami opieki zdrowotnej.

W kategorii pozostałych źródeł należy w szczególności wyróżnić środki przekazywane przez różnego rodzaju organizacje spoza administracji publicznej, nie mające zarazem charakteru podmiotów prywatnych. W szczególności wymienić tu można podmioty tzw. trzeciego sektora, organizacje pozarządowe oraz religijne, które samodzielnie utrzymują jednostki zdrowia, bądź też finansują udzielanie świadczeń przez inne instytucje. Do tej grupy źródeł należy także zaliczyć dobrowolne, pracownicze (grupowe) ubezpieczenia zdrowotne, współfinansowane przez pracodawców. Źródłem finansowania systemu opieki zdrowotnej może być także pomoc zagraniczna, realizowana przez agendy obcych państw lub fundusze pomocowe. Istotne źródło mogą stanowić także opłaty pobierane w związku ze świadczeniem usług na zasadach komercyjnych lub też dochody z prowadzonej ubocznej działalności gospodarczej (np. wynajem powierzchni). W tej grupie mieszczą się także środki finansowe otrzymane z tytułu różnego typu kar i grzywien, zasądzonych przez sąd na rzecz zakładów opieki zdrowotnej⁶¹.

Problematyka finansowania systemu opieki zdrowotnej dotycząca wydatków skłania się ku ich klasyfikacji, wykorzystującej różne kryteria podziału. Najprostszym podziałem, odnoszącym się do źródeł finansowania jest wyodrębnienie wydatków: publicznych, prywatnych i pozostałych. Szczególne znaczenie dla celów statystycznych i porównawczych ma kategoria wydatków publicznych i prywatnych. Przez wydatki publiczne należy rozumieć

⁶¹ Szerzej: J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 131-142.

kwoty wydatkowane łącznie z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządowych oraz wydatki poniesione przez instytucje ubezpieczeń powszechnych. Wydatki prywatne stanowią dopełnienie wydatków publicznych.

Biorąc za podstawę klasyfikację budżetową wraz z wyodrębnionymi rozdziałami oraz paragrafami budżetu, dostarczającą szczegółowych informacji na temat struktury wydatkowanych kwot, wydatki można grupować według⁶²:

- typów świadczeniodawców (np. szpitale ogólne i kliniczne, lecznictwo psychiatryczne, ratownictwo medyczne, lecznictwo uzdrowiskowe),
- rodzaju działalności (np. administracja, lecznictwo oraz inwestycje),
- rodzajów ponoszonych kosztów (np. wynagrodzenia personelu, leki, krew, sprzęt medyczny, środki opatrunkowe, odczynniki).

Ostatnią kwestię związaną bezpośrednio z finansowaniem systemu opieki zdrowotnej stanowi zagadnienie dotyczące transferu środków pieniężnych na ochronę zdrowia, które powinno uwzględniać specyfikę wymiany na rynku świadczeń zdrowotnych. Początkowo wymiana ta polegała na dokonywaniu bezpośredniego zakupu usług zdrowotnych przez pacjentów. Jednak z czasem zostało to zmienione, poprzez wprowadzenie instytucji płatnika, stanowiącej istotne ogniwo finansowania systemu ochrony zdrowia.

Działalność płatników jest wyrazem faktycznego rozdzielania w kwestiach finansowych pacjentów, jako rzeczywistych nabywców świadczeń, od podmiotów, które działają w ich imieniu, lecz z reguły na własny rachunek. Ze względu na pełnienie funkcji pośrednictwa w przekazywaniu środków finansowych na rzecz podmiotów opieki zdrowotnej są oni uznawani za instytucje (podmioty) tzw. trzeciej strony poza zakładami i pacjentami. Istotnym uzupełnieniem tego wykazu podmiotów jest aktywność państwa, które zasadniczo spełnia funkcje regulacyjne i kontrolne⁶³.

Ważnym zagadnieniem dotyczącym finansowania usług zdrowotnych jest sposób dokonywania rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcami (zakładami opieki zdrowotnej świadczącymi te usługi) a podmiotami płacącymi za usługi zdrowotne. Rozliczanie to może opierać się na jednej z metod, tj. metodzie: podmiotowej lub przedmiotowej.

Pierwsza z nich polega na odrębnym pokrywaniu wydatków każdej placówki medycznej z funduszy zewnętrznych (zazwyczaj publicznych). W metodzie tej poziom wydatków ustalany jest *ex ante*, jednak z funduszy pokrywane są jedynie wydatki rzeczywiście poniesione. Nie

⁶² P. Białynicki-Birula, *Zmiany w systemie...*, op. cit., s. 76-80.

⁶³ Ibidem, s. 76-80.

zachęca ona jednak do racjonalizacji i efektywności w świadczeniu usług, gdyż ich dostawcy są pewni zwrotu poniesionych na nie kosztów.

Metoda przedmiotowego rozliczania oparta jest na cenach rozliczeniowych i polega na zakupie przez trzecią stronę (państwo, fundusz publiczny) usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Zakupione usługi są rozliczane na bieżąco, a podstawowym problemem jest właściwe ustalenie cen rozliczeniowych, po jakich byłyby one zakupywane. Ustalanie cen rozliczeniowych poszczególnych usług wymaga: zidentyfikowania mierników zróżnicowanych asortymentowo usług, określenie ich kosztów jednostkowych oraz rozwiązania kwestii ujednolicenia bądź rozróżnienia cen rozliczeniowych za takie same usługi świadczone przez różne jednostki służby zdrowia. Metoda ta stwarza warunki do osiągania maksymalnych korzyści z działalności usługowej oraz do jak najpełniejszego wykorzystania zdolności usługowej zakładu opieki zdrowotnej⁶⁴.

Niezależnie od zastosowanej metody finansowania usług zdrowotnych wyróżnia się dwie podstawowe zasady ich finansowania, wyodrębnione na podstawie momentu ustalania stawki za usługę. Jest to:

- a) zasada finansowania retrospektywnego,
- b) zasada finansowania prospektywnego.

Pierwsza z nich polega na dokonaniu płatności za wykonaną usługę przez osobę trzecią na podstawie rzeczywiście poniesionych kosztów i gwarantuje w całości zwrot poniesionych nakładów. System ten motywuje dostawcę usług do zwiększania ilości usług, w celu zwiększenia swoich dochodów. Metoda ta jest jednak źródłem impulsów inflacyjnych poprzez częste i nie zawsze uzasadnione podwyższanie kosztów leczenia oraz nie stwarza bodźców do efektywnego wykorzystywania zasobów. Dlatego też kontrakty oparte na tej zasadzie często zawierają klauzule zobowiązujące jednostki do przestrzegania przyjętych i wzajemnie uzgodnionych standardów medycznych, sporządzania sprawozdań z przeprowadzonego leczenia czy też potwierdzania wykonania określonych usług.

Druga zasada – finansowania prospektywnego oparta jest na refundowaniu poniesionych kosztów na podstawie wstępnych, z góry ustalonych cen rozliczeniowych każdej jednostki usługowej, niezależnie od jej aktualnego poziomu. Tak więc w jej przypadku, najważniejsze staje się ustalenie jednostki rozliczeniowej, a następnie oszacowanie jej wartości. Metoda ta daje podstawy do efektywnego wykorzystywania posiadanych zasobów oraz zapewnia trzeciej stronie możliwość kontrolowania kosztów jednostkowych jednostki rozliczeniowej.

⁶⁴ J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, AE Poznań, Zeszyty naukowe – seria II, Prace doktorskie i habilitacyjne, z. 109, Poznań 1990, s. 65-71.

Stosowane mechanizmy finansowanie świadczeń zdrowotnych są silnym bodźcem wpływającym na zachowania świadczeniodawców i mogą ich skłaniać do zachowań, które będą miały bezpośredni wpływ na dostępność i jakość świadczeń. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka sposobów (metod) finansowania zakładów opieki zdrowotnej. Zagadnienie to jest szczególnie istotne w procesie kontraktowania usług zdrowotnych, a każda z metod posiada określone zalety i wady z punktu widzenia płatnika, świadczeniodawcy i pacjenta. Do tej pory nie ustalono jednak uniwersalnej, najlepszej metody, która pozwalałaby finansować równocześnie cały zakres świadczeń zdrowotnych, we wszystkich specjalnościach medycznych.

Podziału metod finansowania usług zdrowotnych można dokonać według dwóch zasadniczych kryteriów:

- jednostki rozliczeniowej, czyli tego co stanowi podstawę rozliczenia (za jaką „jednostkę” usług należy zapłacić świadczeniodawcy),
- sposobu zapłaty, czyli tego co stanowi cenę (koszt rzeczywisty czy planowany) oraz jaki ma być moment dokonania płatności przez płatnika za usługi medyczne wykonane przez zakład (metoda finansowania prospektywnego i retrospektywnego – omówione zostały we poprzedniej części rozprawy).

Rodzaje i charakterystykę metod finansowania usług medycznych w zależności od przyjętej jednostki rozliczeniowej przedstawia tabela 8.

W praktyce nie zdarza się aby występował tylko jeden, wymieniony sposób finansowania świadczeniodawców. Płatnicy stosują różne metody do finansowania różnych rodzajów i zakresów świadczeń zdrowotnych, a także kombinacje tych metod.

Tabela 8. Metody finansowania usług medycznych w zależności od przyjętej jednostki rozliczeniowej

Rodzaj metody	Charakterystyka
Opłata za liczbę osobodni leczenia	Jednostką rozliczeniową jest dzień pobytu pacjenta w szpitalu. W metodzie tej następuje agregacja wszystkich kosztów świadczeniodawcy w postaci standardowej opłaty za jeden dzień pobytu pacjenta w szpitalu. Cena za dzień pobytu jest ustalana na podstawie ilorazu prognozowanego budżetu przez prognozowaną liczbę dni hospitalizacji pacjentów. Charakteryzuje ją prostota w ustalaniu i zarządzaniu. Jednak nie odzwierciedla ona specyficznego dla każdego pacjenta kosztu jego opieki, ani zróżnicowania jakości świadczonych usług, ani mnogości chorób, a tym samym rzeczywiście wykorzystywanych przez szpital zasobów. Ten sposób finansowania może być stosowany w lecznictwie zamkniętym. W praktyce występuje jednak rzadko, a najczęściej jest związany z leczeniem pacjentów w oddziałach opieki długoterminowej – opiekuńczo-pielęgniacyjnej, opiekuńczo-geriatrycznej, paliatywnej z terapią dotyczącą schorzeń psychicznych lub rehabilitacją.

Stawka kapitaacyjna	Polega na dokonywaniu opłaty za każdego potencjalnego i/lub rzeczywistego pacjenta (<i>per capita</i>), zapisanego na tzw. liście aktywnej. Opłata ta jest stała i wnoszona niezależnie od konieczności udzielania świadczeń, liczby pacjentów, rodzaju wykonanych procedur, świadczeń częściowych czy też częstotliwości ich świadczenia oraz rzeczywistych kosztów. Może ona stwarzać niebezpieczeństwo ograniczania liczby i jakości świadczonych usług oraz zabiegać o tzw. „mniej chorego” pacjenta lub też pozyskiwać i zapisywać na listę nadmiernej liczby pacjentów, która przekracza możliwość zapewnienia im opieki na odpowiednim poziomie. Jej zaletą jest natomiast możliwość globalnej kontroli kosztów, gdyż kwota finansowania jest stała i niezależna od faktycznie wykonanych świadczeń. Metoda ta jest stosowana w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa środowiskowego, gdzie opieką obejmowana jest określona populacja.
Opłata za liczbę i rodzaj wykonanych procedur medycznych	Świadczeniodawcy są wynagradzani na podstawie liczby i rodzaju wykonanych procedur medycznych. Za każdą procedurę jest ustalana jedna cena, która może być stała (ustalana na początek roku na podstawie planu) lub zmienna (ustala na bieżąco kalkulowanych stawek). Zastosowanie tej metody wiąże się z niebezpieczeństwem wykonywania maksymalnie wielu i to najwyższej jakości, a zarazem najdroższych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, które mogą być w ogóle niepotrzebne w leczeniu danego przypadku chorobowego. Zaletą jej jest natomiast tworzenie bodźców motywujących placówki do świadczenia jak największej liczby usług, które, gdy są medycznie uzasadnione, prowadzą do wzrostu efektywności usługowej placówki i do większej dostępności do usług oraz podnoszenia ich jakości. Metoda ta jest obecnie stosowana dla wybranych procedur wysokospecjalistycznych.
Opłata za leczone jednostki chorobowe	Świadczeniodawcy są opłacani na podstawie stałej stawki dla danej jednostki chorobowej. Metoda ta może być stosowana zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym. Jednak w praktyce większość zakładów opieki zdrowotnej i płatników nie dysponuje wystarczającą ilością informacji niezbędnych do jej zastosowania.
Opłata za liczbę hospitalizowanych pacjentów	W tej metodzie świadczeniodawcy otrzymują wpływy za każdą osobę objętą opieką w danym przedziale czasowym. Opłata za hospitalizację jest sposobem finansowania stosowanym głównie w lecznictwie zamkniętym, gdzie środki finansowe są przydzielane na pacjentów leczonych na poszczególnych oddziałach szpitalnych.
Systemy punktowe	Poszczególne jednostki rozliczeniowe (np. procedury, przypadki chorobowe) są agregowane w grupy według określonych kryteriów, najczęściej jednorodnych kosztowo. Każda taka grupa ma przypisaną określoną liczbę punktów, z kolei punkt ma określoną wartość w rozliczeniach z płatnikiem. Wartość punktowa grupy odzwierciedla kosztocłonność danej jednostki rozliczeniowej. Po przemnożeniu liczby punktów przez wartość jednego punktu otrzymuje się kwotę, którą świadczeniodawca otrzyma od płatnika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 147-151; W. Styło, M. Whitfield, *Zarys kontraktowania usług zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Karków 2001, s. 72-80.

W Polsce zasadnicza zmiana zasad finansowania opieki zdrowotnej nastąpiła wraz z wprowadzeniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych, a więc po 1 stycznia 1999 roku. Spowodowało to poważne zmiany w zasadach funkcjonowania większości zakładów opieki zdrowotnej, a przede wszystkim doprowadziło do zmiany systemu finansowania: z finansowania

podmiotowego na przedmiotowe. Przed reformą jednostki opieki zdrowotnej funkcjonowały w systemie jednostek budżetowych i były finansowane z budżetu.

Na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym funkcja płatnika, która przed reformą należała do administracji państwowej, przypadła nowej instytucji – Kasom Chorych⁶⁵.

Przy wdrażaniu reformy systemu opieki zdrowotnej pominięto jednak kwestię metod finansowania świadczeniodawców. Brak regulacji prawnych i wytycznych spowodował, że kasy chorych miały możliwość swobodnego kształtowania metod finansowania w indywidualnych negocjacjach ze świadczeniodawcami. Doprowadziło to do różnorodności rozwiązań i dysproporcji w tym zakresie.

Podstawową metodą finansowania szpitali, przyjętą przez ówczesne Kasy Chorych, stała się opłata za liczbę hospitalizowanych pacjentów. Wszystkie sposoby finansowania leczenia szpitalnego stosowane przez kasy chorych zostały zaprezentowane w tabeli 9.

Tabela 9. Sposoby finansowania leczenia szpitalnego stosowane przez kasy chorych

Roczny budżet globalny	2,2%
Określona kwota za każdy przypadek hospitalizacji w danym oddziale	8,1%
Opłata za przypadek hospitalizacji w oddziale (z określeniem górnego limitu)	57,4%
Określona kwota za każdy przypadek hospitalizacji w szpitalu	0,9%
Opłata za przypadek hospitalizacji w szpitalu z określeniem górnego limitu	8,5%
Określona kwota za jednorodną grupę pacjentów DRG	0,2%
Określona kwota za osobodzień	4,1%
Określona kwota za osobodzień z określeniem maksymalnej liczby osobodni	15,1%
Określona kwota za poszczególne procedury i/lub czynności medyczne	2,8%
System kapitacyjny	0,7%
Razem	100%

Źródło: Dane zebrane w CIOZ w 2000 r. za pomocą ankiety „Organizacja i finansowanie szpitali w warunkach systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych” wysłanej do dyrektorów 717 publicznych zozów (zwrotność 50%) opublikowane w: J. Graffowski, A. Kozierkiewicz, *Rozliczanie szpitali według DRG*, „Służba Zdrowia” 17-20, 2001, dodatek: „Szpital Polski”, s. 11.

Zasadnicze parametry kontraktu: cena i liczba hospitalizacji, były najczęściej oparte na danych z budżetów poprzedniego roku, a wycena hospitalizacji odbywała się według uśrednionych cen za przyjęcie na dany oddział szpitalny. Stosowanie tej metody oznaczało w praktyce, iż szpitale miały skłonność do leczenia „lekkich przypadków chorobowych”, nawet takich, które powinny być leczone ambulatoryjnie, a „unikały” natomiast leczenia cięższych przypadków. Spowodowało to wyraźny wzrost liczby hospitalizacji, co było skutkiem

⁶⁵ Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

przyjmowania pacjentów nawet z błahych powodów. W praktyce pojawiały się także próby przerzucania kosztów na inne zakłady i przypadki manipulowania pacjentami w momencie ich przyjmowania – zdrowszych pacjentów przyjmowano, a bardziej chorych odsyłano do innych placówek⁶⁶.

W przypadku szpitali wystąpiła motywacja do otwierania nowych oddziałów, które w praktyce były jedynie częścią już istniejących. Takie działania miały na celu zwiększenie przychodów poprzez uzyskanie kontraktu na hospitalizację na dodatkowych oddziałach. Było to bardzo nieefektywne w przypadku wyodrębnienia niewielkich oddziałów, na których zapewnienie całodobowej opieki jest bardzo kosztochłonne.

Metoda finansowania, oparta na liczbie hospitalizowanych pacjentów, posiada także wady istotne z punktu widzenia płatnika, gdyż nie daje ona możliwości bieżącej kontroli kosztów jednostkowych i całkowitych. Dlatego zdarzało się, że Kasy Chorych ograniczały możliwości generowania większych kosztów poprzez limitowanie przyjęć lub zastosowanie degresywnej stawki opłat, przy której przekroczenie określonego limitu hospitalizacji powodowało płacenie mniejszej stawki.

Drugim, co do częstości stosowania, sposobem finansowania usług szpitalnych było płacenie za osobodzień leczenia. Podstawową korzyścią stosowania tej metody była prostota ewidencji, przy której nie trzeba było prowadzić skomplikowanego rachunku kosztów, a liczba parametrów stosowanych do oceny działalności jednostki, była niewielka⁶⁷. Z drugiej strony jest to metoda bardzo ryzykowna dla płatnika, gdyż świadczeniodawcy mają tendencję do wydłużania czasu leczenia pacjentów. Powoduje to wzrost liczby łżejszych przypadków chorobowych aż do wykorzystania zasobów łózkowych szpitala. Poza tym nieuzasadnione przetrzymywanie takich pacjentów obciąża płatnika i rzutuje na wzrost kosztów całego systemu opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie systemu Kas Chorych w latach 1999-2002 spowodowało w skali kraju znaczne zróżnicowanie oferowanego zakresu i dostępu do świadczeń zdrowotnych. Podstawową wadą tego systemu był brak ujednoliconych zasad kontraktowania świadczeń, metod finansowania, a także znaczne rozbieżności w wycenie wartości poszczególnych usług. Działający do 30 marca 2003 roku system Kas Chorych został zastąpiony przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zasadnicze zmiany w instytucji płatnika polegały na centralizacji,

⁶⁶ A. Sobczak, *Mechanizmy finansowania usług zdrowotnych*, [w:] *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, J. Hrynkiewicz (red.), Wydawnictwo Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2001, s. 122-146.

⁶⁷ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 171.

gdyż siedemnaście Kas Chorych zostało zastąpione jednym Funduszem (z szesnastoma oddziałami i centralną siedzibą w Warszawie).

Mechanizmy finansowania przyjęte przez NFZ zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁸. Rozporządzenie to reguluje ponadto rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny oraz warunki ich udzielania. NFZ stosuje wobec świadczeniodawców zasadniczo trzy podstawowe formy płatności za świadczenia zdrowotne:

- kapitatcyjną stawkę roczną,
- cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej,
- ryczałt.

System kapitatcyjny obowiązuje w podstawowej opiece zdrowotnej od początku reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W przypadku świadczeń rozliczanych w ten sposób, należność z tytułu ich realizacji za okres sprawozdawczy, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitatcyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących. Liczba świadczeniobiorców ustalana jest przez NFZ według stanu na pierwszy dzień miesiąca będącego okresem sprawozdawczym na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę. Informacja ta stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy⁶⁹.

W systemie opartym na stawce kapitatcyjnej świadczeniodawcy posiadają silną motywację do obniżania kosztów opieki, jako że ich budżet jest ustalany z góry. Z drugiej strony, nie mają oni żadnej zachęty do zwiększania liczby usług medycznych na rzecz pacjentów, gdyż otrzymują taką samą kwotę na każdego z nich. Ponadto, istnieje niebezpieczeństwo wpisywania na listę pacjentów relatywnie zdrowych i kierowania ich na wyższe poziomy opieki medycznej (poradnie specjalistyczne, szpitale), w celu obniżania ponoszonych przez siebie kosztów.

Podstawową zaletą tej metody, z punktu widzenia płatnika, jest możliwość globalnej kontroli kosztów opieki zdrowotnej. Natomiast dla pacjentów korzyścią jest fakt otrzymywania większej części opieki medycznej od jednego lekarza, co pozwala wzmocnić relacje pacjent-lekarz. Z drugiej zaś strony, istnieje możliwość niedbałej opieki nad pacjentem

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).

⁶⁹ Ibidem, art. 16, ust. 1-4.

lub w przypadku zbyt dużej liczby pozyskanych pacjentów, wystąpienie problemów z zapewnieniem im odpowiedniej opieki medycznej.

W polskim systemie opieki zdrowotnej w lecznictwie zamkniętym dominuje obecnie system punktowy. Należność świadczeniodawcy z tytułu realizacji świadczeń za dany okres sprawozdawczy ustala się sumując należności odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniając przy tym współczynniki korygujące. Należność dla danego zakresu świadczeń jest natomiast suma iloczynów jednostek rozliczeniowych, odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej⁷⁰.

System punktowy motywuje do zwiększania liczby wykonanych świadczeń, szczególnie tych o korzystnej punktacji. Powoduje to, iż świadczeniodawcy starają się wykazywać w sprawozdaniach jak najwięcej dobrze płatnych procedur. Niekorzystny efektem tego systemu może być także fakt otrzymywania przez świadczeniodawców środków finansowych proporcjonalnie do wypracowanych punktów, co często nie pokrywa się z faktycznie ponoszonymi i uzasadnionymi kosztami⁷¹.

Szczegółowe informacje o sposobach finansowania wybranych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej przedstawia tabela 10.

Warto również dodać, iż systemy punktowe nie są jednorodne i na świecie można spotkać wiele ich odmian. Popularną odmianą systemu punktowego jest system jednorodnych grup pacjentów (DRG – ang. *Diagnosis Related Groups*).

Obecnie NFZ zmierza do zmodyfikowania zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie zasad kontraktowania procedur medycznych w szpitalach. Mają być one wzorowane na brytyjskim systemie jednorodnych grup pacjentów (szerzej na ten temat w dalszej części pracy). Finansowanie świadczeń w tym systemie ma polegać na zwrocie poniesionych kosztów, w którym zryczałtowane stawki (taryfy) przypisane są nie dniom leczenia czy poszczególnym usługom, lecz jednorodnym - z uwagi na postawione rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne - przypadkom chorobowym. O zaliczeniu do konkretnej grupy decyduje: podobny problem kliniczny, podobne postępowanie lecznicze oraz podobne zużycie zasobów przy wykonywaniu konkretnego świadczenia.

Analizując ewolucję omówionych metod finansowania świadczeń zdrowotnych można stwierdzić, że ich rozwój jest uwarunkowany liczbą i różnorodnością pojawiających się

⁷⁰ Ibidem, art. 17, ust. 1-8.

⁷¹ M. Kludacz, *Metody finansowania usług medycznych i ich zastosowanie w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USZ Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s. 148-154.

chorób, a także związany jest z próbami zdefiniowania jak najbliższemu medycznej rzeczywistości zróżnicowanego zakresu usług medycznych. Widoczne jest też dążenie do stosowania takich mechanizmów finansowania, które jak najdokładniej odzwierciedlałyby specyfikę różnych typów usług czy różnych specjalności medycznych.

Tabela 10. Sposoby finansowania wybranych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ

Rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej	Sposób finansowania
Lecznictwo szpitalne	System punktowy – jednostką rozliczeniową są poszczególne świadczenia medyczne. Rozliczanie ryczałtem obejmuje świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowych i szpitalnej izbie przyjęć.
Rehabilitacja lecznicza	System punktowy – jednostkami rozliczeniowymi są osobodni, porady, zabiegi fizjoterapeutyczne i inne (np. masaże, ćwiczenia). Liczba punktów zależy od zakresu świadczeń rehabilitacyjnych, rodzaju zabiegu.
Opieki psychiatryczna i leczenia uzależnień	System punktowy – jednostkami rozliczeniowymi są osobodni leczenia, porady, sesje psychoterapii, wizyty domowe. Liczba przyznanych punktów zależy od rodzaju komórki organizacyjnej wykonującej świadczenia, jej poziomu oraz zakresu świadczeń. Rozliczanie ryczałtem obejmuje badania w psychiatrycznej izbie przyjęć.
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	System punktowy – jednostkami rozliczeniowymi są porady (wyróżnia się trzy typy: specjalistyczna, kompleksowa i zabiegowa), świadczenie (np. badanie RTD, tomografia komputerowa). Liczba przyznanych punktów zależy od zakresu świadczeń i typu porady i może być korygowana współczynnikiem korygującym.

***Źródło:** opracowanie własne na podstawie: Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

Zastosowanie właściwego zestawu metod finansowania jest więc jednym z ważniejszych elementów, determinujących sprawność zarządzania systemem opieki zdrowotnej. Przy wyborze określonej metody należy brać pod uwagę aktualne priorytety polityki zdrowotnej oraz sprawdzić czy system zarządzania jest przygotowany do stosowania określonych metod. Najważniejszym obecnie problemem związanym z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce nie jest ich regulacja, ale ograniczone zasoby finansowe przeznaczone na ten cel. Związane jest to również z niesprawnością funkcjonowania i zarządzania w ochronie zdrowia, których głównymi symptomami jest brak kontroli kosztów, efektywności działania i poprawy jego wydajności oraz poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

1.4. Rynek usług medycznych

Rynek usług medycznych jest rynkiem dosyć specyficznym, odmiennym od pozostałych rynków dóbr i usług konsumpcyjnych. Po raz pierwszy podkreślił to Kenneth J. Arrow w artykule zapoczątkującym rozwój ekonomii zdrowia⁷². Czynnikiem prowadzącym do takiego stanu rzeczy jest niepewność i asymetria informacji.

Szczególne własności tego rynku oraz proces świadczenia usługi doprowadziły do odrębnego ukształtowania się w obszarze opieki zdrowotnej układu instytucji oraz zasad ich działania. Pierwotnym i generalnym źródłem specyfiki tego rynku jest sytuacja ryzyka i niepewności, towarzysząca pojawieniu się potrzeb zdrowotnych i świadczeniu usług.

Odmienność rynku usług medycznych przejawia się przede wszystkim w tym, że⁷³:

- w większości przypadków decyzja o korzystaniu z usług jest oddzielona od decyzji o zapłacie za nie,
- możliwość zaplanowania i przewidywania działań jest znacznie ograniczona ze względu na pilny charakter potrzeb pacjenta,
- pacjent jest tylko konsumentem usługi,
- występuje asymetria informacyjna pomiędzy usługodawcą (lekarzem) a usługobiorcą (pacjentem).

Większe podobieństwo rynku usług medycznych do innych rynków dóbr i usług zachodzi, gdy pacjent jest jednocześnie konsumentem usługi oraz bezpośrednim płatnikiem za jej wykonanie, np. w prywatnych klinikach czy gabinetach lekarskich.

Biorąc pod uwagę definicję rynku, występującą w literaturze ekonomicznej, rynek usług medycznych można definiować jako ogół stosunków wymiennych między sprzedającymi – świadczącymi usługi w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia (świadczeniodawcami) po określonej cenie a osobami zgłaszającymi zapotrzebowanie na te usługi (świadczeniobiorcami), znajdujące pokrycie w ich funduszach nabywczych lub funduszach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Rynek ten tworzą podmioty rynkowe, przedmioty rynkowe oraz związki zachodzące między tymi elementami.

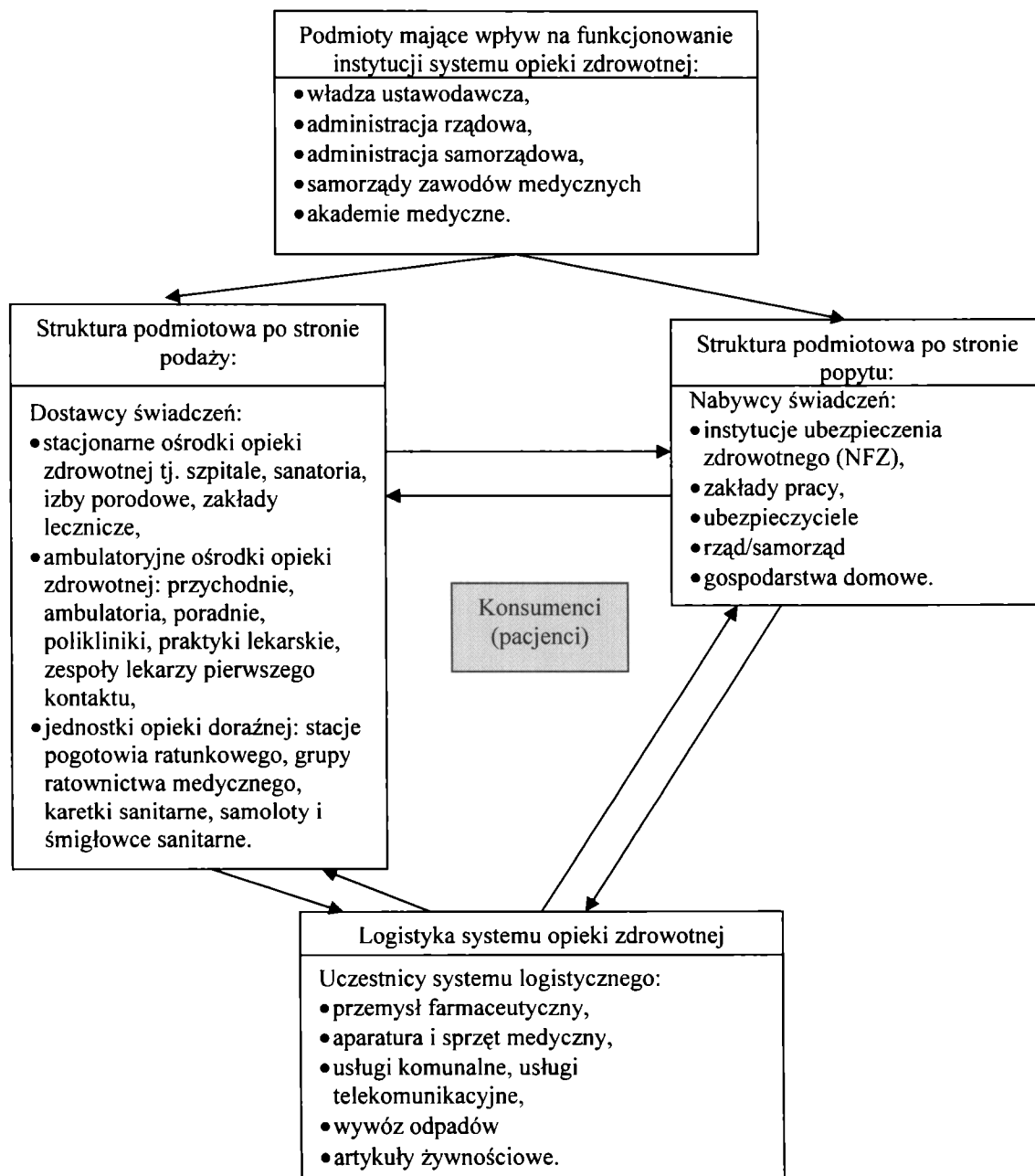
Podstawą analizy struktury podmiotowej rynku usług medycznych jest liczba podmiotów występujących w roli ich dostawców i nabywców. Opierając się na niej można więc określić strukturę podmiotową rynku, występującą zarówno po stronie podaży, jak i popytu.

⁷² Kenneth J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, The American Economic Review, vol. LIII, No 5, December 1963, s. 941-973.

⁷³ I. Rudawska, *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej – wybrane aspekty*, Uniwersytet Szczeciński, Rozprawy i Studia T. (DCLXXI) 606, Szczecin 2005, s. 26.

Struktura podmiotowa rynku może ulegać zmianom w czasie. Zmiany te mogą dotyczyć dwóch kryteriów oceny, tj. liczby podmiotów i ich względnej wielkości. O ile zmiana wielkości podmiotów odbywa się w ramach określonego sektora, o tyle zmiana ich liczby dotyczy wchodzenia do sektora nowych jednostek. Możliwość zmian liczby podmiotów zależy od barier wejścia na rynek oraz wyjścia z rynku⁷⁴. Charakterystykę struktury podmiotowej rynku usług medycznych przedstawia rysunek 8.

Rysunek 8. Uczestnicy rynku usług medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Flejterski (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa 2005, s. 426.

⁷⁴ M.E. Porter, *Strategia konkurencji*, PWE, Warszawa 1994, s. 25-40.

Podmiotami rynku usług medycznych, reprezentującymi podaż są dostawcy świadczeń, do których można zaliczyć:

- stacjonarne ośrodki opieki zdrowotnej tj. szpitale, sanatoria, izby porodowe, zakłady lecznicze,
- ambulatoryjne ośrodki opieki zdrowotnej, tj. przychodnie, ambulatoria, polikliniki, zespoły lekarzy pierwszego kontaktu,
- jednostki pomocy doraźnej tj. stacje pogotowia ratunkowego, grupy ratownictwa medycznego, dyżurujące zespoły lotnicze, karetki sanitarne itp.

Stronę popytową rynku usług medycznych tworzą ludzie chroniący swoje zdrowie i leczący się oraz reprezentujące ich interesy instytucje ubezpieczenia zdrowotnego⁷⁵.

Specyfika podmiotów rynku usług medycznych wynika z:

- zróżnicowanych form własności podmiotów (zakłady publiczne i niepubliczne),
- zróżnicowanych form działalności w ramach poszczególnych sektorów,
- istnienia jednostek *non profit*,
- przepisów prawnych regulujących sposoby działań rynkowych podmiotów świadczących usługi medyczne,
- oddzielenie nabywców od konsumentów – pacjentów.

W ramach szeroko pojętego rynku usług medycznych wyróżnić można, oprócz podmiotów strony popytu i podaży, jednostki mające bezpośredni wpływ na funkcjonowanie instytucji systemu opieki zdrowotnej, które w przypadku Polski, wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia tworzą tzw. rynek wewnętrzny. Rynek ten ujmuje procesy wymiany i procesy konkurencyjne, jakie zachodzą pomiędzy podmiotami publicznymi (rozumianymi z punktu widzenia sposobu finansowania), jako dostawcami świadczeń, a ich nabywcami (NFZ). Rodzimy, wewnętrzny rynek usług medycznych charakteryzuje znaczny stopień regulacji funkcjonowania, co ogranicza mechanizmy rynkowe. Charakterystykę tych podmiotów zawiera rysunek 9.

Odnosząc się do rynku usług medycznych funkcjonującego w Polsce można wskazać, iż obecnie na rynku tym funkcjonują następujące podmioty uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- a) indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie lub położnych – mają one charakter prywatny, ich działalność regulowana jest przez Ustawę o zawodzie lekarza⁷⁶,

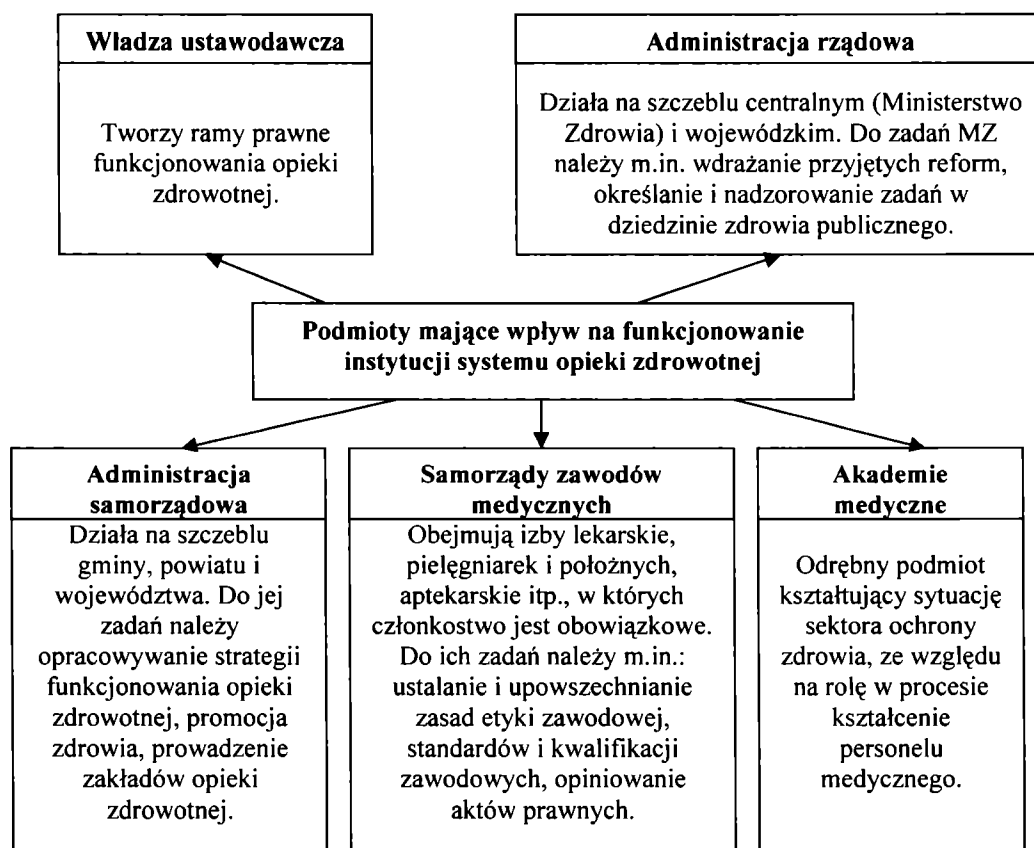
⁷⁵ Zob. B. Nowotarska-Romaniak, *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002, s. 20.

⁷⁶ Dz.U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943 (tekst ujednolicony).

Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej⁷⁷. Po podpisaniu umowy na świadczenie usług medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia, otrzymują uprawnienia do specyficznego funkcjonowania w ramach systemu publicznego.

- b) zakłady opieki zdrowotnej – działające jako podmioty publiczne i niepubliczne na podstawie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁷⁸. Samodzielne zakłady publiczne są podporządkowane organom administracji samorządowej, który pełni funkcje właścicielskie. Są one organizacjami typu *non profit*, a głównym źródłem ich dochodów jest umowa z NFZ, choć mogą także świadczyć usługi odpłatnie, np. na podstawie umów z zakładami pracy. Natomiast zakłady niepubliczne są tworzone przez osoby prywatne, zakłady pracy czy kościoły i najczęściej świadczą usługi opieki ambulatoryjnej.
- c) osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny.

Rysunek 9. Podmioty mające wpływ na funkcjonowanie instytucji systemu opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 427-428.

⁷⁷ Dz. U. z 2001 r., Nr 57 poz. 602 (tekst jednolity).

⁷⁸ Dz.U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 (tekst jednolity).

Pomimo dużych zmian zachodzących nieustannie w polskim systemie opieki zdrowotnej, dominującą rolę wśród instytucji wykonujących usługi medyczne odgrywają nadal zakłady opieki zdrowotnej. Klasyfikację tych podmiotów z uwzględnieniem różnych kryteriów podziału przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Klasyfikacja zakładów opieki zdrowotnej

Kryterium podziału	Podział zakładów opieki zdrowotnej
Podmiot tworzący	• publiczne, • niepubliczne,
Działalność gospodarcza	• prowadzące działalność gospodarczą, • nie prowadzące działalności gospodarczej,
Sposób organizacji	• odrębna jednostka organizacyjna, • jednostka organizacyjna podległa innej jednostce organizacyjnej, • zespół zakładów opieki zdrowotnej, • część innej jednostki organizacyjnej,
Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych	• lecznictwo zamknięte • lecznictwo otwarte, w tym: - podstawowa opieka zdrowotna, - specjalistyczna opieka zdrowotna,
Kategoria zakładu	• szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inne nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, • przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, • pogotowie ratunkowe, • pracownia diagnostyczna, • pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, • zakład rehabilitacji leczniczej, • żłobek, • inny zakład spełniający warunki określone w ustawie,
Jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych	• posiadający certyfikat akredytacyjny, • nie posiadający certyfikatu akredytacyjnego,
Jakość systemu zarządzania	• posiadający certyfikat z rodziny ISO9000, • nie posiadający certyfikatu z rodziny ISO9000.

Źródło: M. Winter, *Restrukturyzacja finansowa, organizacyjna i własnościowa zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy zarządzania” 2004, nr 6, s. 3.

Cechą opieki zdrowotnej jest duże zróżnicowanie instytucji organizujących prace specjalistów z zakresu medycyny, a szczególnie szpitali⁷⁹. Najczęściej stosowanymi kryteriami klasyfikacji szpitali są: faza hospitalizacji, liczba i rodzaj oferowanych usług, typ własności, prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej, wielkość szpitala oraz jego zasięg działania. Charakterystykę typów szpitali według powyższych kryteriów prezentuje

⁷⁹ Ze względu na zakres podmiotowy pracy dokładnie sklasyfikowano i scharakteryzowano tylko szpitale jako podstawowa forma organizacyjna lecznictwa stacjonarnego.

Tabela 12. Klasyfikacja typów szpitali

Kryterium podziału	Charakterystyka szpitala
Faza hospitalizacji	• <i>Szpital opieki krótkoterminowej</i>, czyli szpital który jest wyposażony w sprzęt diagnostyczny o wysoki standardzie o wykonuje specjalistyczne procedury medyczne. Udziela on, w pierwszej kolejności, pomocy chorym, którym grozi utrata życia oraz pacjentom, u których należy przeprowadzić badania diagnostyczne w warunkach szpitalnych i określenia metod dalszego postępowania terapeutycznego. Jest ona zakładem całodobowej stacjonarnej opieki zdrowotnej i czas przebywania w nim pacjenta powinien być tak krótki, jak to jest możliwe i nie przekraczać 4 tygodni (zazwyczaj trwa od 5 do 8 dni). • <i>Szpital (oddział) dzienny</i>, czyli jednostka, do której przyjmowani są pacjenci wymagający intensywnego leczenia, jednak bez konieczności pobytu w szpitalu. To placówka udzielająca świadczeń specjalistycznych, diagnostycznych i leczniczych chorym niewymagającym hospitalizacji. Pacjenci przechodzą leczenie powtarzalne, ale krótkotrwałe, np. chemioterapię, dializę itp. Szpitale te najczęściej stanowią oddziały dzienne w szpitalach opieki krótkoterminowej. • <i>Szpital opieki długoterminowej</i>, świadczy usługi całodobowe dla pacjentów, u których w momencie podjęcia decyzji o hospitalizacji zaistniała potrzeba udzielania systematycznych świadczeń i kontynuowania opieki szpitalnej. W jednostkach tych leczeni są pacjenci, którzy przebyli tzw. ostrą fazę leczenia, zakończyli proces diagnostyczny i leczenie operacyjne lub zachowawcze oraz dla chorych psychicznie. Czas przebywania chorych w szpitalu wynosi od 60 do 90 dni, a w razie potrzeby nawet i do 24 miesięcy. • <i>Oddział hospitalizacji domowej (medycznej opieki domowej)</i> obejmuje program świadczeń głównie w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień, który jest realizowany jako forma alternatywna lub jako kontynuacja opieki stacjonarnej. • <i>Szpital (oddział) nocny</i> to jednostka zapewniająca świadczenia osobom, którzy wymagają specjalistycznej stacjonarnej opieki w nocy. Jest to forma pośrednia pomiędzy pełną opieką stacjonarną a opieką ambulatoryjną niezbędną dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. • <i>Zakład (hospicjum) i oddział szpitalnej opieki paliatywnej</i>, który zapewnia nie tylko opiekę medyczną, ale także psychologiczną, duchową i społeczną chorym znajdującym się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę ich rodzinom. Celem jego działania jest umożliwienie choremu godnego przeżycia terminalnego okresu choroby przez leczenie objawowe, pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie w tych trudnych chwilach. • <i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy</i>, to jednostka udzielająca całodobowej opieki obejmującej podstawowe leczenia farmakologiczne, opiekę pielęgniarską i usługi rehabilitacyjne dla chorych, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego.
Liczba i rodzaj specjalności lekarskich	• <i>Szpital ogólny</i>, który zapewnia dzienne i całodobowe usługi medyczne oraz stały do nich dostęp zgodnie z zakresem wieloprofilowej działalności wynikającej z jego statutu. • <i>Szpital specjalistyczny</i> – udziela świadczeń w zakresie opieki specjalistycznej i jest określany jako „jednoimienny”, np. psychiatryczny, zakaźny, onkologiczny, rehabilitacyjny, położniczo-ginekologiczny.
Zakres i rodzaj oferowanych usług	Zgodnie z tym kryterium zakłady opieki stacjonarnej w Polsce zostały zakwalifikowane do określonego poziomu referencyjnego. • <i>Pierwszy poziom referencyjny</i> (szpitale: rejonowy, miejski, powiatowy) obejmuje szpitale świadczące usługi w czterech podstawowych specjalnościach medycznych, tj.: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria oraz usługi z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Szpitale te mogą także świadczyć usługi związane z opieką długoterminową, w szczególności o charakterze rehabilitacyjnym, opieką paliatywną, psychiatryczną i dzienną. • <i>Drugi stopień referencyjny</i> (szpitale: wojewódzki, wojewódzki zespolony,

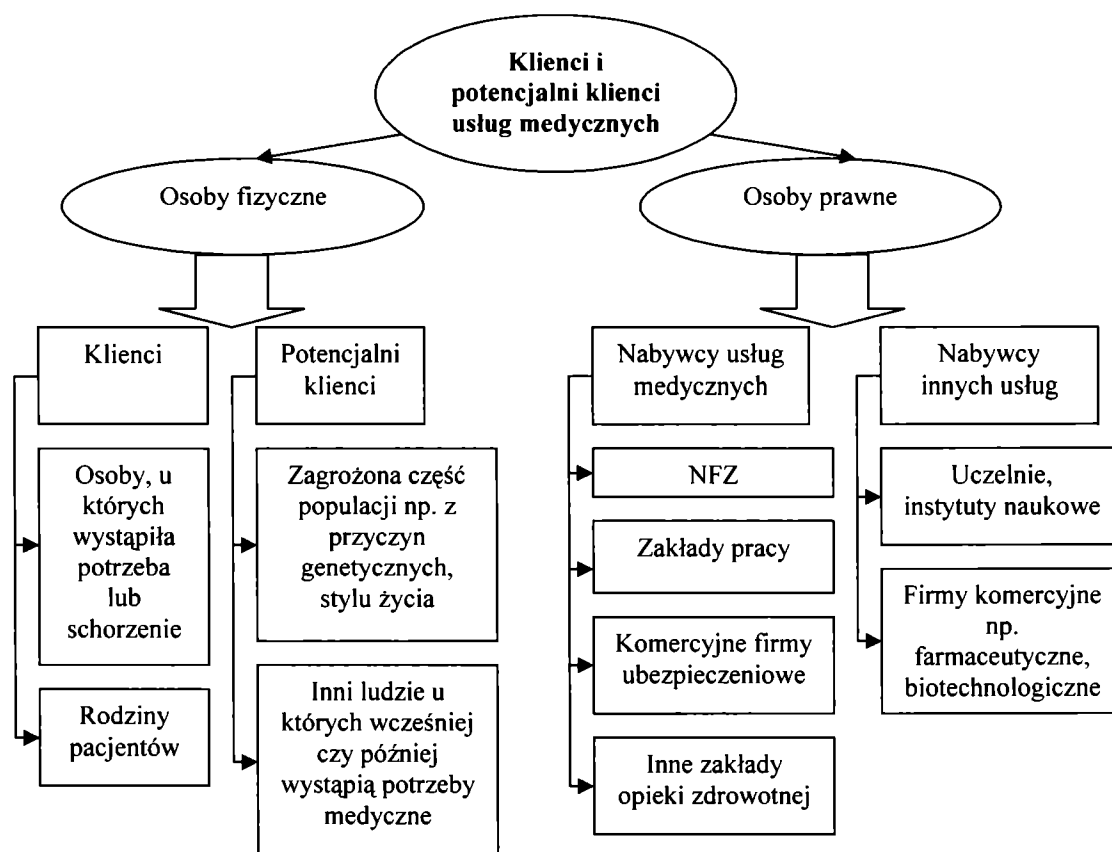
	wojewódzki szpital specjalistyczny, sieć szpitali wojewódzkich) obejmuje w szczególności szpitale wojewódzkie oferujące świadczenia w czterech podstawowych specjalnościach medycznych, tj.: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria oraz usługi z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Mają one także co najmniej cztery oddziały specjalistyczne w następujących dziedzinach: kardiologia, neurologia, dermatologia, patologia ciąży i noworodka, okulistyka, laryngologia, chirurgia urazowa, urologia, neurochirurgia, chirurgia dziecięca i onkologiczna. Ponad to szpitale te udzielają świadczeń związanych z opieką dzienną, o profilu zabiegowym i diagnostycznym oraz opieką psychiatryczną. • <i>Trzeci stopień referencyjny (szpitale: szpital kliniczny uniwersytetu lub akademii medycznej, szpital instytutu naukowo-badawczego)</i> obejmują szpitale kliniczne uczelni medycznych i instytutów naukowo-badawczych. Działalność ich ma charakter ogólnokrajowy, a w nich mogą być organizowane ponadwojewódzkie i ogólnokrajowe ośrodki onkologii, kardiologii, transplantologii oraz leczenia oparzeń.
Typ własności	• <i>Szpital publiczny</i>, który w zależności od tworzącego go podmiotu może samorządowy lub rządowy. • <i>Szpital niepubliczny</i> – to szpital prywatny, instytucji ubezpieczeniowych, fundacji i innych osób prawnych, kościołów i innych związków wyznaniowych czy samorządu zawodowego i stowarzyszeń.
Prowadzenie działalności naukowo-badawczej	• <i>Szpital nauczający</i> to najczęściej szpital kliniczny, który oferuje program specjalizacyjny. • <i>Szpital nienauczący</i> to szpital, który nie prowadzi działalności naukowo-badawczej, np. szpital ogólny pierwszego poziomu referencyjnego.
Wielkość szpitala (mierzona liczbą łóżek)	• <i>Szpital mały</i> – mniej niż 100 łóżek. • <i>Szpital średni</i> – od 100 do 400 łóżek. • <i>Szpital duży</i> – więcej niż 400 łóżek.
Zasięg terytorialny	Kryterium to dzieli szpitale zarówno według zasięgu udzielanych świadczeń, a także w przypadku szpitali klinicznych według spełnianych funkcji naukowo-dydaktycznych w określonej przestrzeni. • <i>Szpital miejski, dzielnicowy, powiatowy, rejonowy.</i> • <i>Szpital wojewódzki.</i> • <i>Szpital regionalny (szpital kliniczny akademii medycznej).</i> • <i>Szpital ogólnokrajowy (szpital kliniczny, instytut naukowo – badawczy).</i> • <i>Szpital specjalistyczny dla okresowej grupy zawodowej.</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, „Vesalius”, Kraków 1999, s. 27; A. Koronkiewicz, M. Mickiewicz, *Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, COiEOZ, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1999, s. 10 oraz J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 58-63.

Najważniejszym ogniwem rynku usług medycznych są klienci placówek służby zdrowia, dla których jednostki opieki zdrowotnej muszą w zróżnicowany sposób przedstawiać swoją ofertę usługową i przekonywać do korzyści płynących z ich zakupu⁸⁰. Rodzaje klientów i potencjalnych klientów usług medycznych prezentuje rysunek 10.

⁸⁰ S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 425-428.

Rysunek 10. Klienci i potencjalni klienci usług medycznych



Źródło: S. Flejterski (red.), *Współczesna...*, op.cit., s. 429.

Każdy z wymienionych klientów, ze względu na odmienne perspektywy lub rodzaj potrzeb, będzie w innych kategoriach oceniał efekty działalności placówki medycznej. Różnić ich będzie cel nabycia usługi, jaki i sama usługa, którą są zainteresowani (tabela 13).

Tabela 13. Cel i rodzaj usług medycznych a rodzaj podmiotu zamawiającego

Klient	Cel nabycia usługi	Rodzaj usługi
Osoby fizyczne		
Pacjenci	poprawa stanu zdrowia, uzyskanie dobrego stanu fizycznego i/lub psychicznego;	zdrowie, poprawa jego stanu, zniesienie bólu, zagrożenia życia itp.;
Rodziny pacjentów	dobra opieka medyczna, poprawa stanu zdrowia członka rodziny;	zapewnienie członkowi rodziny zdrowia, poprawy jego stanu, zniesienie bólu, zagrożenia życia itp.;
Osoby prawne		
Organy założycielskie	realizacja zadań statutowych przez instytucję do tego powołaną, realizacja konstytucyjnych praw człowieka;	zabezpieczenie usług zdrowotnych populacji, procedury medyczne;
Narodowy Fundusz Zdrowia	realizacja zadań statutowych przez instytucję do tego powołaną, realizacja konstytucyjnych praw człowieka oraz	procedury, osobodni, przypadki;

	poprawa stanu zdrowia ubezpieczonej populacji;	
Przedsiębiorstwa	zabezpieczenie klientom dostępu do lepszych lub/ oraz komplementarnych usług zdrowotnych;	pakiety usług realizowane w ramach programów zdrowotnych o charakterze paraubezpieczeniowym;
Komercyjne firmy ubezpieczeniowe	umożliwienie pacjentom dostępu do kontynuacji terapii bądź badania diagnostycznego nieosiągalnego w danej instytucji;	procedury w szczególności badania diagnostyczne;
Inne zakłady opieki zdrowotnej	kontynuacja terapii lub procedury diagnostyczne niedostępne u innych świadczeniodawców;	procedury medyczne;
Uczelnie, instytuty naukowe	zapewnienie studentom możliwości praktycznej nauki zawodu, przeprowadzanie badań naukowych;	szkolenia z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej, możliwość wykorzystania aparatury i innych zasobów do badań naukowych;
Firmy biotechnologiczne i farmaceutyczne	testowanie produktów.	możliwość wykorzystanie aparatury i innych zasobów jednostki.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001, s. 152-153.

Rynek usług medycznych można rozpatrywać również według jego struktury przedmiotowej. Strukturę przedmiotową rynku usług medycznych tworzą różne rodzaje świadczeń medycznych, mające na celu zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie oraz potrzeby zdrowotne zgłaszane przez pacjentów. Cechą charakterystyczną tych świadczeń jest różnorodny stopień ich specjalizacji, a co za tym idzie, różnorodność kwalifikacji, aparatury medycznej i czasu niezbędnego do ich wykonania.

Różny może być także zakres finansowania tych świadczeń oraz charakter popytu rynkowego na usługi medyczne. Kryterium podziału oparte na sposobie finansowania świadczeń dzieli świadczenia medyczne na usługi:

- 1) finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 2) współfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 3) nie podlegające finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 4) finansowane przez Państwo.

Natomiast biorąc pod uwagę specyfikę i kształtowanie się popytu rynkowego na usługi medyczne można podzielić je na:

- 1) usługi, na które występuje naturalny popyt rynkowy, czyli takie, o korzystaniu z których decyduje sam pacjent; dotyczą one głównie usług świadczonych przez sektor prywatny, podstawową opiekę lekarską oraz niektóre usługi specjalistyczne dostępne bez skierowania;
- 2) usługi, na które popyt jest ograniczony – obejmujące usługi, których wykorzystanie

wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty.

Z powyższych klasyfikacji usług wynika specyfika struktury przedmiotowej rynku usług medycznych. Polega ona na zróżnicowanym popycie i podaży na różne rodzaje usług medycznych w zależności od specjalizacji (zapotrzebowanie na usługi o wysokim stopniu specjalizacji jest na ogół mniejsze niż na usługi podstawowe). Świadczy ona także o zróżnicowaniu popytu na te same usługi realizowane odpłatnie i nieodpłatnie oraz ograniczeniu podaży niektórych, głównie specjalistycznych usług medycznych, świadczonych nieodpłatnie ze względu na zbyt małe środki finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną⁸¹ (szerzej na ten temat w dalszej części pracy).

Konkludując można stwierdzić, że rynek usług medycznych odznacza się znacznym zróżnicowaniem dostawców świadczeń zdrowotnych, występowaniem dodatkowego podmiotu w procesie wymiany pomiędzy dostawcami a odbiorcami oraz różnorodnością sposobów rozliczeń pomiędzy stronami transakcji.

Stosunki wymiany, zachodzące pomiędzy świadczeniodawcami usług medycznych a pacjentami, głównie w zakresie sektora publicznego, polegają na ograniczeniach w podejmowaniu decyzji wyboru przez pacjentów. Wynikają one z ograniczonego dostępu do specjalistycznych badań i konsultacji oraz niewielkiej wiedzy pacjentów, którzy swoje decyzje uzależniają od opinii i decyzji lekarzy.

Istotną cechą, specyficzną dla rynku usług medycznych w sektorze publicznym jest występowanie dużych różnic pomiędzy popytem potencjalnym, wyznaczanym przez rzeczywiste potrzeby pacjentów, a popytem realnym, wyznaczonym rzeczywistą wykonaną liczbą świadczeń. Rozdźwięk ten powoduje istnienie znacznej ilości niezaspokojonych potrzeb pacjentów.

Omawiając problematykę związaną z funkcjonowaniem rynku usług medycznych nie można zapomnieć o cenie wyznaczonej dla świadczonych na nim usług. Cena stanowi bowiem nieodzowny element każdej transakcji wymiany rynkowej bez względu na rodzaj działalności przedsiębiorstwa, w tym także działalności medycznej.

⁸¹ Ibidem, s. 430.

Rozdział 2

CENA JAKO ELEMENT RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

2.1. Cena jako kategoria ekonomiczna

Rynek charakteryzuje się tym, że odbywające się na nim różnego rodzaju transakcje kupna-sprzedaży posiadają swoją *cenę*. Na nim powstają ceny poszczególnych dóbr oraz usług, a także kształtują się relacje między nimi.

W teorii ekonomii pojęciem ceny określano najczęściej wartość towaru wyrażoną w pieniądzu. Cena jest jednak kategorią pierwotną w stosunku do wartości, a kolejne teorie wartości stanowiły jedynie próbę odpowiedzi na pytanie: dlaczego na rynku występuje taka lub inna *cena* dobra?

W literaturze ekonomicznej można znaleźć wiele różnych poglądów na temat *cen* dóbr, jednak kilka z nich ma charakter dominujący. Pierwszy, propagowany przez św. Tomasza z Akwinu, A. Smitha, D. Ricardo i K. Marksa, określa, iż podstawą wartości jest praca ludzka.

Inny pogląd oparty jest na określaniu wartości jako subiektywnie rozumianej użyteczności. Ideologia ta rozpowszechniana była przez: E. Condillaca, który zdefiniował ogólne pojęcie użyteczności, W.S. Jevonsa i L. Walrasa opierających swoje poglądy na krańcowym stopieniu użyteczności i F. Wiesera i E. Böhm-Bawerka, wskazujących użyteczność krańcową jako wartość użytkową.

Św. Tomasz z Akwinu był twórcą koncepcji *ceny* sprawiedliwej i uważał, że *ceny* rynkowe powinny odpowiadać *cenie* sprawiedliwej, opartej na nakładach pracy, nakładach rzeczowych wraz z kosztami transportu i magazynowania oraz pozycji społecznej producenta. Ponadto uważał on, że *cena* rzeczywista może być wyższa od *ceny* sprawiedliwej, tylko wówczas, gdy część uzyskiwanego dzięki niej dochodu przedsiębiorca przeznacza na ważne cele społeczne lub rozbudowę własnej działalności.

Twórca klasycznej ekonomii politycznej A. Smith podchodził do pojęcia wartości towarów w sposób bardziej jednoznaczny. W swoim podstawowym dziele⁸² stwierdził, że jedynie praca ludzka może dać społeczeństwu wszelkie środki niezbędne do życia, które są albo bezpośrednim rezultatem pracy własnej albo też stanowią efekt pracy innych ludzi i są od nich nabywane. A. Smith jest ponadto prekursorem określania *ceny* na podstawie wzajemnych relacji podaży i popytu. Uważał on, że *cena* rynkowa zależy od stosunku ilości

⁸² A. Smith, *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. I, PWN, Warszawa 1954.

towaru do popytu osób, które są skłonne zapłacić *cenę* naturalną tego towaru, rozumianą jako wartość renty, pracy i zysku, bez czego nie byłaby możliwa sprzedaż tych towarów na rynku.

D. Ricardo wyrażał pogląd, że wartość towarów powstaje wyłącznie w procesie produkcji, a ich wartość wymienna zależy od tego, jak często występują na rynku oraz od ilości pracy niezbędnej do ich wytworzenia.

Teorie wartości opartej na pracy odpowiadają jednak sytuacji, w której istnieje praktyczna nieograniczoność zasobów, a bariery rozwoju tkwią raczej wewnątrz niż na zewnątrz przedsiębiorstwa. Warunki takie miały jedynie miejsce w XIX i na początku XX wieku. W latach późniejszych zaczęto zauważać ograniczoność i rzadkość pewnych produktów, których wysoka *cena* nie wynikała wcale ze znacznych nakładów pracy. Tak więc *cenę* zaczęto określać mianem rynkowej wartości dobra lub usługi z zastrzeżeniem, że niezależnie od wartości użytkowej poziom ceny zależy od aktualnego układu rynkowego, będącego wypadkową sprzecznych interesów sprzedającego i kupującego⁸³.

Taki pogląd propagował W.S. Jevons, który twierdził, że *cena* rynkowa każdego produktu jest zależna od wartości, jaką ten produkt stanowi dla nabywcy, a nie od kosztów produkcji. Według niego istnieje wiele rzeczy mających wartość, a jest niemożliwych do wytworzenia nawet przy dużych nakładach pracy np. dzieła sztuki, pamiątki kolekcjonerskie.

Pogląd oparty na wartości jako podstawie określania *ceny* odrzucił L. Walras – twórca teorii użyteczności. Uważał on bowiem, że *cena* rynkowa zależy do subiektywnie odczuwanych użyteczności, przy czym *cenę* określa intensywność ostatniej z zaspokajanych potrzeb, a więc krańcowa użyteczność danego dobra.

Na rozwój współczesnych teorii ekonomii największy wpływ miał nurt neoklasyczny, keynesizm oraz ekonomia neoliberalna.

Przedstawiciele ekonomii neoklasycznej (J. Fisher, A. Marshall, K. Wicksell) propagowali ilościową koncepcję teorii pieniądza, która podkreślała między innymi, że wszelkie długookresowe zmiany w poziomie *cen* wynikają przede wszystkim ze zmian w zasobach pieniądza. Ponadto A. Marshall stwierdził, że *cena* rynkowa jest wypadkową działań niezależnych konkurentów. Był on zwolennikiem skuteczności samoregulującego się mechanizmu rynkowego. Stworzył także prawo popytu, wyrażające odwrotną zależność między wielkością *ceny* a popytem na dane dobro.

Przeciwnikiem jego poglądów był J. Keynes, który przedstawił wady rynku, na którym *ceny* kształtują się w sposób nieskrępowany. Przede wszystkim zwrócił uwagę na niezbędną

⁸³ Więcej: P. Waniowski, *Strategie cenowe*, PWE, Warszawa 2003, s. 17.

ingerencję państwa w procesy gospodarcze poprzez politykę pieniężno-kredytową. Keynesiści uważali właśnie stabilizację *cen* za jeden z głównych celów interwencjonizmu państwowego.

Natomiast przedstawiciele nurtu neoliberalnego, których teorie cieszyły się dużą popularnością wśród państw preferujących gospodarkę rynkową, przypisywali państwu jedynie rolę organu czuwającego nad przestrzeganiem prawa i zapewniającego stabilność reguł rynkowych.

Popularnym we współczesnej ekonomii nurtem jest również neoinstytucjonalizm, którego dorobkiem jest m.in. pragmatyczna teoria wartości C. Ayresa. Oparta jest ona na twierdzeniu, iż rzeczywista wartość towarów i usług wynika z ich roli w życiu danej jednostki. *Cena* nie stanowi więc miernika faktycznej wartości, a jest wyłącznie odzwierciedleniem poglądów ludzi znajdujących swój wyraz w dokonywanych przez nich transakcjach⁸⁴.

Najbardziej znaną i rozpowszechnioną obecnie definicję *cen*y przedstawia H. Simon, który określa to pojęcie jako wielkość wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą nabywca musi zapłacić sprzedawcy za produkt, towar lub usługę. Określa ona koszt, jaki kupujący musi ponieść, jeśli chce wejść w posiadania określonego dobra oraz korzystać ze związanej z nim użyteczności. *Cena* i użyteczność stanowią podstawę każdej transakcji ekonomicznej. Klient bowiem zakupi dobro tylko wówczas, gdy będzie musiał przeznaczyć mniej na uzyskanie określonej użyteczności niż przy nabyciu innego produktu/usługi. W przypadku możliwości wyboru pomiędzy równorzędnymi ofertami, *cena* zadecyduje nie tylko o tym czy klient w ogóle dokona zakupu, lecz może także wpłynąć na wybór jednego z konkurencyjnych produktów⁸⁵.

Według T. Kamery *cena* jest istotnym składnikiem strategii marketingowej, wyznacza ona bowiem wartość podstawowych czynników produkcji, którymi są praca, ziemia i kapitał, a także decyduje o ich alokacji. Ponadto określa popyt na dobra, przesądza o konkurencyjności danego produktu i pozycji firmy w danym segmencie rynku. Od *cen*y zależy to czy nastąpi zwrot poniesionych nakładów związanych z wypromowaniem nowego produktu i czy w ogóle firma wypracuje założony zysk będący warunkiem dalszej ekspansji na rynku⁸⁶.

Cenę w sensie marketingowym G. Karasiewicz⁸⁷ definiuje jako wartość przedmiotu (produktu, usługi), transakcji rynkowej zgodną z oczekiwaniami kupującego i sprzedającego, określaną najczęściej w ujęciu monetarnym.

T. Sztucki wyraża pogląd, że nabywca decyduje się na zakup porównując cechy i walory

⁸⁴ Ibidem, s. 18-19.

⁸⁵ H. Simon, *Zarządzanie cenami*, PWN, Warszawa 1996, s. 15.

⁸⁶ T. Kramer, *Podstawy marketingu*, PWE, Warszawa 1994, s. 113.

⁸⁷ G. Karasiewicz, *Marketingowe strategie cen*, PWE, Kraków 1997, s. 16.

produktu z *ceną*. Jej rola nie ogranicza się jedynie do ustalania ilości pieniędzy, za które można nabyć konkretny produkt, lecz charakteryzuje obraz produktu, wyznacza rodzaje nabywców, kształtuje wspólność posiadania określonych rodzajów produktów przez poszczególne grupy ludzi, nadaje im cechy wyrobów masowych lub przeciwnie – elitarnych, dostosowując je tym samym do potrzeb poszczególnych segmentów rynku⁸⁸.

Obecnie powszechne jest definiowanie *ceny* jako tego, z czego dana osoba musi zrezygnować w zamian za nabywane dobro lub usługę⁸⁹.

Z punktu widzenia konsumenta *cena* jest miernikiem wartości wówczas, gdy łączy się z odczuwalnymi korzyściami płynącymi z posiadania produktu lub usługi. Zależność tą można wyrazić za pomocą wzoru⁹⁰:

$$\text{Postrzegana przez konsumenta wartość} = \text{Postrzegane korzyści} / \text{Cena}$$

gdzie *cena* jest całkowitym kosztem dla kupującego, a więc sumą *ceny* zakupów i wszelkich kosztów związanych z nabyciem (ewentualnego transportu, instalacji) oraz ryzyka, że zakup okaże się nieudany, a postrzegane korzyści stanowią określoną kombinację atrybutów zakupionego dobra w relacji do jego indywidualnej użyteczności dla danego nabywcy. Z powyższego opisu wynika, że przy danej *cenie*, jeśli postrzegane korzyści rosną, to zwiększa się także suma postrzeganych korzyści, jakich może spodziewać się nabywca, a gdy maleje, to zmniejsza się także postrzegana wartość.

Aby otrzymać produkt, nabywca powinien poświęcić czas i zdobyć się na odpowiedni wysiłek. Wartość produktu wynika bowiem z postrzeganych przez niego korzyści. *Cena* jest również oznaką jakości produktów. Dwa produkty mogą posiadać te same cechy fizyczne, lecz wizerunek, jakość i usługi wspierające sprzedaż są tym, co określa ich wartość.

Nabywca dysponuje siłą nabywczą, która jest wymieniana na produkt dający zadowolenie i użyteczność. Siła nabywcza zależy od dochodu, możliwości uzyskania kredytu, zamożności i obciążenia spłatą kredytu.

W ostatnich latach znaczenie *ceny* stale rosło i z pewnością będzie się w dalszym stopniu zwiększało. Główny wpływ na to zjawisko mają: rosnące nasycenie rynku oraz nadmierne, niewykorzystane zdolności produkcyjne prowadzące do aktywnego zastosowania

⁸⁸ T. Sztucki, *Marketing – sposób myślenia, system działania*, Placet, Warszawa 1994, s. 85.

⁸⁹ D. Kamerschen, R. McKenzie, C. Nardinelli, *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 1991, s. 469.

⁹⁰ P. Waniowski, *Strategie cenowe...*, op.cit., s. 20.

instrumentu, jakim jest *cena*. Nowoczesne strategie cenowe opierają się bowiem na szacowaniu skłonności do akceptacji *cen*, dokonywanej na podstawie pomiaru użyteczności.

Cena jest instrumentem oddziaływania na rynek, w sposób najbardziej wyrazisty odsłaniającym podejście firmy do rynku i do prowadzenia działalności. Jest ona także jedynym elementem marketingu-mix generującym wprost przychody i zyski, podczas gdy pozostałe składniki struktury marketingowej tworzą koszty. Z tego też względu na kształtowaniu *cen* przedsiębiorcy poświęcają wiele czasu i angażują zaawansowane narzędzia analityczne. Powszechne jest jednak przeświadczenie, że ustalenie właściwej *ceny* jest sprawą prostą. Jednakże czynnikiem znacznie ograniczającym ustalenie „prawidłowej” *ceny* jest konieczność zaakceptowania jej przez rynek.

Towary i usługi mogą być sprzedawane tylko wtedy, gdy *cena* zostanie zaakceptowana przez rynek. *Cena* jest zatem reprezentantem wartości towarów lub usług zarówno dla kupujących, jak i sprzedających oraz społecznie zweryfikowanym efektem nakładów pieniężnych i zaangażowanych zasobów – stwarzając przez to mechanizm alokacji środków produkcji⁹¹.

Aby aktywnie oddziaływać na przebieg procesów gospodarczych *ceny* muszą spełniać cztery, wzajemnie ze sobą powiązane funkcje: informacyjną, bodźcową (stymulacyjną), równoważącą i dochodową.

Funkcja informacyjna ceny daje możliwość uczestnikom rynku prowadzenia rachunku ekonomicznego i polega na informowaniu otoczenia rynkowego (konsumentów, dostawców i konkurentów) o oczekiwaniach odbiorców oraz o związku *ceny* ze społecznymi kosztami produkcji (jeśli nie wystąpiła interwencja ze strony państwa). *Ceny*, wyrażając wartościowo nakłady oraz efekty, umożliwiają ocenę opłacalności poszczególnych przedsięwzięć i ich porównywanie. Są one także łatwo czytelnym okazaniem postawy przedsiębiorstwa wobec rynku, gdyż stanowią jeden z ważniejszych instrumentów, za pomocą których firmy realizują swoje strategie marketingowe.

Ceny są przede wszystkim nośnikiem informacji od producenta przez pośrednie szczeble kanałów dystrybucji do ostatecznych nabywców i odwrotnie. Informacje przekazywane przez *ceny* mają charakter niezwykle selektywny, gdyż zawierają tylko to, co w istocie jest najważniejsze dla danego podmiotu rynkowego. Są więc źródłem wiedzy o tym, że coś podrożało lub potaniało, nie wyjaśniając jednocześnie przyczyn tego stanu rzeczy, co w procesie podejmowania decyzji przez nabywcę jest stosunkowo mało istotne.

⁹¹ I. Bielski, *Współczesny marketing: filozofia, strategie, instrumenty*, Studio EMKA, Warszawa 2006, s. 314.

Funkcja równoważąca ceny realizowana jest poprzez jej wykorzystanie jako instrumentu wyrównującego poziom podaży i popytu. Osłabienie tej funkcji prowadzi do wielu negatywnych zjawisk zarówno w sferze ekonomicznej jak i społecznej, a nawet politycznej. Efektem braku równowagi rynkowej są zmiany zachowań konsumpcyjnych ludności oraz pochodne tych zachowań, takie jak: wzrost skali zakupów nieplanowanych i niezamierzonych, zmniejszenie roli pieniądza jako środka wymiany, rozszerzenie się wymiany towarowej z pominięciem ogniw handlu, rozszerzenie się szarej strefy, osłabienie się tempa wzrostu wydajności pracy, marnotrawstwo czasu i środków oraz zwiększenie społecznych kosztów nabycia wszelkich dóbr.

Funkcja informacyjna i równoważąca *ceny* jest bezpośrednio powiązana z *funkcją bodźcową (stymulacyjną)*. Przekazywanie tylko informacji, nawet bardzo dokładnych, nie może przynieść efektu, jeśli odbiorcy nie zostaną odpowiednio zachęcani do postępowania zgodnie z otrzymaną informacją. Funkcja tak może wpływać dodatnio lub ujemnie zarówno na producentów, jak i konsumentów. Wiedza na temat *cen* oraz orientacja w zakresie kosztów wytwarzania i obrotu może zachęcać do wejścia nowych przedsiębiorców lub też skłaniać do rozważenia możliwości opuszczenia sektora w przypadku małej atrakcyjności tych wskaźników. Natomiast w odniesieniu do konsumentów funkcja ta realizowana jest wraz z funkcją równoważącą, poprzez tzw. efekt przeniesienia, polegający na oddziaływaniu sprzedaży w bieżącym okresie czasu na sprzedaż w okresie następnym. Wśród przyczyn wystąpienie tego efektu wymienia się⁹²:

- a) zachowania klientów przy ponownym zakupie, oparte na doświadczeniach z wcześniejszych zakupów danych produktów;
- b) chęć urozmaicenia i odmiany prowadzącą do tego, że raz kupiony produkt, z danej grupy produktów wybieralnych, w ciągu określonego czasu nie zostanie ponownie nabyty;
- c) opinie o produkcie przekazywane przez nabywcę kolejnym kupującym, kształtując w ten sposób ich zachowania;
- d) użytkowanie produktu przez klienta, wiążące się z zamierzoną lub niezamierzoną przez niego demonstracją, wpływającą na zachowania osób, które do tej pory nie kupiły danego produktu;
- e) sprzedaż danego produktu odbywająca się aż do osiągnięcia poziomu nasycenia rynku, przez co każda sprzedana jednostka produktu zmniejsza możliwości sprzedaży w przyszłości.

⁹² G. Karasiewicz, *Marketingowe ...*, op.cit., s. 198-211.

Ostatnią z wymienionych funkcji *ceny* jest *funkcja dochodowa*, rozpatrywana zarówno w wymiarze makro- i mikroekonomicznym. Funkcja ta, zwana także zasileniową, realizowana jest poprzez dostarczanie środków finansowych do prowadzenia przez przedsiębiorcę dalszej działalności gospodarczej. *Cena* powinna więc uwzględniać koszty bieżącej i przyszłej produkcji i obrotu, a także zakładać odpowiedni poziom zysku. Zysk ten, w różnych proporcjach dostarcza środki finansowe budżetowi państwa (wymiar makroekonomiczny) oraz przedsiębiorstwu (wymiar mikroekonomiczny). Makroekonomiczny wymiar funkcji dochodowej umożliwia wypełnianie funkcji redystrybucyjnej, polegającej na wtórnym podziale dochodu narodowego między poszczególne grupy społeczne. Realizowana jest ona przez państwo za pomocą instrumentów związanych z różnymi formami opodatkowania, ulgami, polityką kredytową i dotacjami.

Cena, spełniając wymienione funkcje, wpływa na obecny i przyszły kształt różnorodnych sfer życia społecznego. Znaczenie *ceny*, jako instrumentu oddziaływania na rynek, stale rośnie i jest to z jednej strony efekt wzmożonego nacisku konkurencji, z drugiej zaś wynika z samych właściwości *cen*, odróżniających je od innych elementów marketingowych tj.:

- *cena* jest jedynym instrumentem marketingu, który nie wymaga wcześniejszego poniesienia wydatków ani inwestycji;
- elementy polityki cenowej można wdrożyć bez większej zwłoki, podczas gdy efektywne działania w zakresie polityki produktu, opakowania, dystrybucji czy komunikacji wymagają najczęściej długiego okresu. Niestety konkurenci mogą równie szybko reagować zmianą *ceny*, a reakcja ta odbywa się znacznie szybciej i gwałtowniej niż na przedsięwzięcia w sferze pozacenowej;
- *cena* jest instrumentem szczególnie wrażliwym na czas. Za pomocą środków związanych tylko z *ceną* nie można stworzyć względnie trwałej przewagi konkurencyjnej. Jest to możliwe dopiero wówczas, gdy zostanie zbudowana trwała przewaga w sferze kosztów;
- zmiany *cen* mają z reguły duży wpływ na zbyt i udział w rynku (przy typowych dobrach konsumpcyjnych elastyczność cenowa jest dziesięć do dwudziestu razy większa od elastyczności promocji i reklamy).

Z wymienionych właściwości *ceny* wynika, że pełni ona wyjątkową rolę wśród pozostałych instrumentów marketingowych, jednak nie może być rozpatrywana w sposób odizolowany, lecz zawsze z pozostałymi instrumentami, tak aby stworzyć optymalną wartość użyteczności netto.

Zmienność otoczenia, w którym funkcjonuje przedsiębiorstwo powoduje, że prawidłowe ustalenie *cen* jest procesem złożonym, wymagającym uwzględnienia wielu czynników.

Dlatego ważne jest prawidłowe rozpoznanie podstawowych uwarunkowań kształtowania *cen*, które wpływają na ich poziom⁹³. Uwarunkowania te, zwane także determinantami wyznaczania *cen*, klasyfikowane są w literaturze tematu bardziej lub mniej szczegółowo, jednak podstawą każdej z nich jest wyróżnienie trzech podstawowych czynników. Są nimi:

- 1) cele przedsiębiorstwa,
- 2) uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne.

Zależności pomiędzy tymi elementami zostały przedstawione na rysunku 11.

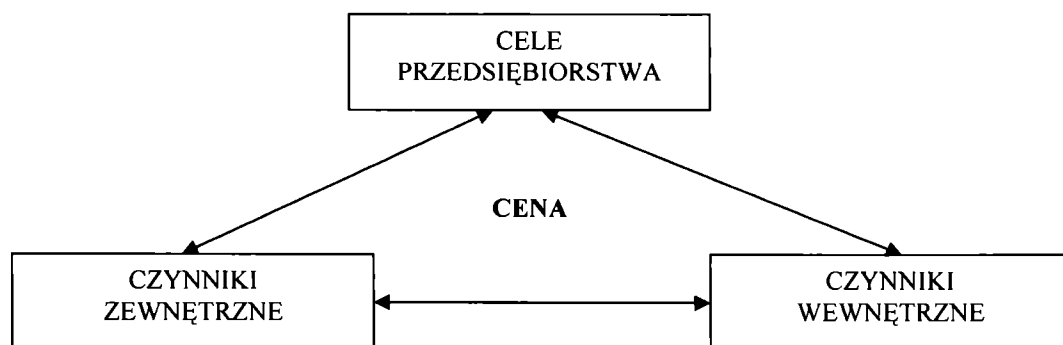
Podstawowym czynnikiem mającym wpływ na proces ustalania oraz zmiany poziomu *cen* przez przedsiębiorstwo jest cel lub cele jego działania. Cel ten może być rozpatrywany co najmniej w trzech wymiarach, tj.:

- rodzaju celu (Co?, np. poziom zysku, udział w rynku),
- wielkości celu (Ile?),
- czasu, w którym ma być on osiągnięty (Kiedy?, np. cele krótko- i długookresowe).

Jeśli końcowym celem działania przedsiębiorstwa jest zwiększenie zysku, to podstawowym warunkiem jego osiągnięcia jest maksymalizowanie wielkości sprzedaży. Zamierzenie to może być realizowane w sferze stosunków z istniejącymi nabywcami produktów lub za pomocą pozyskiwania nowych nabywców.

W sferze stosunków z istniejącymi nabywcami, przedsiębiorstwo dąży do zwiększenia wielkości popytu w obsługiwanym dotychczas segmencie rynku. Natomiast w przypadku pozyskiwania nowych nabywców zmierza ono do penetracji za pomocą *cen* nowego lub nowych segmentów rynku.

Rysunek 11. Ogólne uwarunkowania poziomu cen



Źródło: opracowanie własne na podstawie: L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt...*, op. cit., s. 357.

⁹³ E. Nowak, *Rachunkowość zarządcza*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001, s. 108.

Jeżeli przedsiębiorstwo, dokonując zmian *cen*, osiąga wzrost wielkości sprzedaży, który jest równy wzrostowi wielkości sprzedaży w innych przedsiębiorstwach, to utrzymuje dotychczasowy udział w rynku. Cele przedsiębiorstwa mogą również zmierzać do zwiększenia udziału w rynku. Wówczas za pomocą zmian poziomu *cen*, wkracza ono w sferę stosunków z jego konkurentami. Jeśli zmiany *cen* zapewnią przedsiębiorstwu szybszy wzrost wielkości sprzedaży niż wzrost osiągany przez konkurentów, wówczas może ono przejmować od nich mniejszą lub większą część ich udziału w rynku oraz wzmacniać w ten sposób swoją pozycję konkurencyjną lub też spowodować stopniową eliminację konkurentów z rynku, które umożliwia zwiększenie swobody w zakresie operowania *cenami*.

Operowanie *cenami* przez przedsiębiorstwo daje możliwość zwiększenia wielkości zysku, jeżeli tempo wzrostu wielkości sprzedaży jest szybsze niż tempo wzrostu kosztów. Ma to szczególne znaczenie wówczas, gdy duży jest udział kosztów zmiennych w ogólnej sumie kosztów ponoszonych przez przedsiębiorstwo.

Przedsiębiorstwo osiąga założone cele nie tylko za pomocą *cen*, ale także za pomocą wszystkich instrumentów marketingu. Wymaga to określenie udziału *cen* w procesie osiągania pożądanых celów. Jeśli *cen*y nie prowadzą do osiągania lub zbliżania się przedsiębiorstwa do założonego celu, wówczas nie spełniają one swoich funkcji w strukturze marketingu i muszą być przejmowane przez inne instrumenty marketingu⁹⁴.

Udział *cen* w procesie osiągania celów wyznaczonych przez przedsiębiorstwo zależy do zewnętrznych i wewnętrznych czynników jego działania, które zostały zaprezentowane na rysunku 12.

Jako zewnętrzne traktuje się czynniki niezależne od przedsiębiorstwa, których źródłem pochodzenia jest otoczenie. Podstawowymi składnikami zewnętrznych warunków działania przedsiębiorstwa są:

- struktura podmiotowa i przedmiotowa rynku oraz wynikające z niej ograniczenie dla działań przedsiębiorstwa,
- postępowanie nabywców, konkurentów oraz państwa.

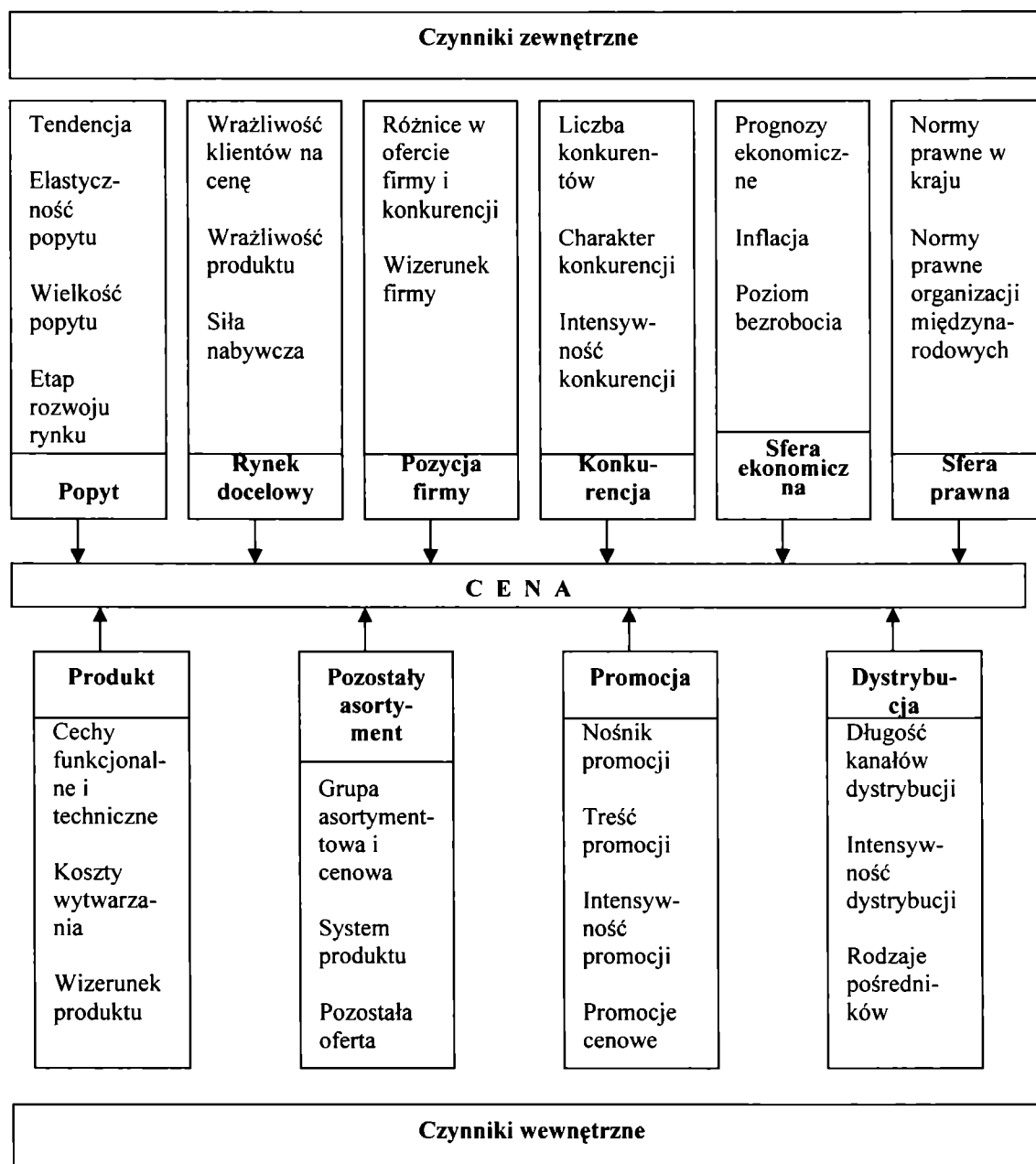
Czynniki zewnętrzne wywierają łączny wpływ na wielkość sprzedaży produktów, która zazwyczaj jest malejącą funkcją poziomu *ceny*: im wyższa cena produktu, tym mniejsza jest wielkość jego sprzedaży i odwrotnie.

Za komponenty wewnętrzne uważa się czynniki zależne od przedsiębiorstwa, których źródłem jest ono samo. Do nich zalicza się przede wszystkim: zdolność produkcyjną, sytuację

⁹⁴ L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing...*, op. cit., s. 357.

finansową przedsiębiorstwa, strukturę asortymentową produkcji, warunki zaopatrzenia i zbytu. Czynniki wewnętrznymi determinującymi poziom *cen* są koszt wytworzenia danego produktu czy usługi, uwzględnienie wpływu danej *ceny* na sprzedaż pozostałych asortymentów w firmie, jak również uwzględnienie wizerunku oraz marki danego produktu lub całej firmy.

Rysunek 12. Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne jako determinanty ustalania cen



Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Frąckiewicz, J. Karwowski, M. Karwowski, E. Rudawska, *Zarządzania marketingowe*, PWE, Warszawa, s. 165.

Niezwykle ważną składową jest także innowacyjność produktu, która pozwala zaoferować

klientom nowe, dotąd niespotykane korzyści. Niepowtarzalna oferta na rynku z reguły spotyka się z dużym zainteresowaniem ze strony nabywców, a jednocześnie brak substytutów powoduje, że *cenę* można ustalić na bardzo wysokim poziomie, zdecydowanie wyższym, niż wynikałoby to z kalkulacji kosztów. Kategorie wewnętrzne wywierają łączny wpływ na poziom kosztów własnych produktów. Przy czym występuje zależność pomiędzy poziomem kosztów a wielkością produkcji (sprzedaży), gdyż zazwyczaj wraz ze wzrostem wielkości produkcji maleją koszty jednostkowe. Przez to *cena* produktu zależy od kosztów własnych produktów.

Ponadto wysokość *ceny* ma ścisły związek z wielkością popytu na dany produkt, stopniem rozwoju rynku, istniejącą oraz potencjalną konkurencją oraz z poziomem wykorzystania pozostałych elementów marketingu np. promocji czy dystrybucji.

Przy uwzględnieniu danego celu (celów) przedsiębiorstwa oraz zewnętrznych i wewnętrznych czynników jego działania może zostać zdefiniowane bezpośrednie uwarunkowanie procesu ustalania oraz zmian poziomu *cen*. Podstawowymi składnikami tego uwarunkowania są: popyt, koszty oraz konkurencja.

Z tego bezpośredniego uwarunkowania wynikają trzy główne podstawy ustalania *cen* oraz towarzyszące im orientacje, a mianowicie:

- koszty (orientacja kosztowa),
- popyt (orientacja popytowa),
- konkurencja (orientacja konkurencyjna)

Relatywne znaczenie tych trzech podstaw i orientacji w procesie ustalania oraz zmian poziomu *cen* zależy od rodzaju przyjętej orientacji, którą kieruje się przedsiębiorstwo w swoich działaniach oraz od pozycji jaką zajmuje na rynku.

Orientacja kosztowa ustalania cen opiera się na wykorzystaniu zależności przyczynowo-skutkowych, jakie zachodzą między kształtowaniem się wielkości produkcji i sprzedaży produktów, poziomem kosztów a poziomem *cen*. Zależności te wyrażają się tym, że wzrost wielkości produkcji i sprzedaży umożliwia obniżanie poziomu kosztów, które natomiast stwarzają przesłanki obniżania poziomu *cen*.

Wykorzystanie kosztów w procesie ustalania *cen* wymaga analizy ich poziomu przy różnej wielkości produkcji i sprzedaży produktu w danym czasie. Pozwala ona na określenie liczby jednostek produktu, które trzeba sprzedać aby pokryć koszty stałe i zmienne przychodami ze sprzedaży oraz osiągnąć założony zysk.

Przedsiębiorstwo, ustalając *ceny* w oparciu o informacje kosztowe, powinno uwzględniać zmiany ich poziomu i struktury w przyszłości. Istniejący poziom kosztów jest bowiem

odzwierciedleniem procesów zachodzących w przeszłości, a *cena* produktów jest ustalana nie dla przeszłych, lecz dla przyszłych warunków działania przedsiębiorstwa. Jeżeli warunki te kształtują się niekorzystnie dla przedsiębiorstwa, to poziom *cen*y, akceptowany przez nabywców, powinien zbliżać się do poziomu kosztów, a więc dolnej granicy jej kształtowania. Przekroczenie tej granicy może być uzasadnione tylko w pewnych sytuacjach, zwłaszcza wtedy, gdy przedsiębiorstwo dysponuje wolnymi mocami wytwórczymi, koncentruje swoje działania na obronie lub wzmocnieniu swej pozycji rynkowej lub też ustala *cen*y pewnych produktów poniżej kosztów, traktując takie działanie, jako warunek wywołujący popyt na produkty komplementarne o wyższych cenach.

Wykorzystanie orientacji kosztowej w kształtowaniu cen oznacza, że zależą one przede wszystkim od czynników wewnętrznych przedsiębiorstwa.

Orientacja popytowa ustalania cen jest elementem rynkowej orientacji działania przedsiębiorstwa. Wymaga ona badania wielkości popytu oraz kierunków jego zmian, a więc opiera się na analizie zależności między *ceną* a popytem. Analiza tych zależności dostarcza również informacji o reakcjach popytu na prowadzoną przez przedsiębiorstwo politykę cenową oraz jej zmiany. Reakcje popytu na zmiany *cen* mają swoje odzwierciedlenie w cenowej elastyczności popytu, która pozwala przede wszystkim określić rodzaje popytu (elastyczny, proporcjonalny, nieelastyczny).

Elastyczność popytu może kształtować się na zróżnicowanym poziomie, gdyż jest ona wielostronnie uwarunkowana. Podstawowe czynniki wpływające na kształtowanie się elastyczności popytu są związane bezpośrednio z produktem (dobra trwałego użytku charakteryzuje wyższy poziom cenowej elastyczności popytu niż produkty o niższym stopniu trwałości).

Elastyczność popytu zależy także od stopnia odmienności oferowanego produktu od innych produktów znajdujących się na rynku. Jeśli oferowany produkt nie posiada substytutów, wówczas poziom elastyczności popytu kształtuje się na relatywnie niskim poziomie i wzrasta w miarę pojawiania się substytutów na rynku. Ponadto elastyczność ta zależy także od stopnia pilności potrzeb, które mogą być zaspokajane za pomocą określonych produktów. Im większy jest stopień pilności potrzeb, tym mniej elastyczny jest popyt na produkty, które służą zaspokajaniu tych potrzeb (np. popyt na lekarstwa). Natomiast mniejszy stopień pilności potrzeb powoduje zwiększenie poziomu cenowej elastyczności popytu.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na kształtowanie się elastyczności popytu jest struktura podmiotowa rynku oraz stopień jego przejrzystości. W tych segmentach rynku, w których występuje monopol czy konkurencja monopolistyczna, elastyczność popytu jest

najmniejsza. Ponadto w warunkach relatywnie niskiej przejrzystości rynku, utrudniającej rozpoznawanie sytuacji rynkowej, zwiększa się liczba kryteriów, którymi kierują się nabywcy w procesie zakupu produktów. *Cena* jest także jednym z tych kryteriów. Wówczas im więcej czynników wpływa na popyt zgłaszany przez nabywców, tym mniejszy może być poziom cenowej elastyczności popytu. Elastyczność popytu jest zróżnicowana przy różnych poziomach *cen*. Z reguły jest ona mniejsza przy niższych *cenach* oraz większa przy wyższych poziomach *cen*. Tak więc przedsiębiorstwo zakładając zmniejszenie poziomu *ceny*, musi wziąć pod uwagę zmniejszanie się poziomu cenowej elastyczności popytu.

Scharakteryzowane uwarunkowania elastyczności popytu jasno wskazują, iż decyzje cenowe uwzględniające zależności między *ceną* a popytem powinny być oparte na analizie całokształtu czynników, które nie tylko wpływają na elastyczność popytu, ale także określają skuteczność prowadzonej przez przedsiębiorstwo strategii cenowej jako elementu marketingu.

Nieznajomość podstawowych zależności między *cenami* a popytem powoduje, że przedsiębiorstwo ustala *ceny* w oderwaniu od popytu oraz zmniejsza możliwości celowego ich integrowania z innymi instrumentami marketingu.

Orientacja konkurencyjna, równie jak orientacja popytowa, jest elementem orientacji rynkowej działania przedsiębiorstwa. Opiera się ona na założeniu, że jeśli przedsiębiorstwo działa w otoczeniu konkurencyjnym, to poza czynnikami zewnętrznymi uwzględnianymi w procesie ustalania *cen*, takim jak: postępowanie nabywców czy zgłaszany przez nich popyt, nie może zabraknąć otoczenia konkurencyjnego. Istota tego czynnika wynika z tego, że o wielkości sprzedaży oraz o poziomie efektów przedsiębiorstwa decyduje nie tylko popyt zgłaszany przez nabywców, ale także jego konkurenci.

Orientacja konkurencyjna może zakładać ustalanie *cen* przez przedsiębiorstwo z uwzględnieniem *cen* stosowanych przez konkurentów, albo też z uwzględnieniem przewidywanych reakcji konkurentów na zmiany ich poziomu.

Znaczenie orientacji konkurencyjnej w procesie kształtowania i zmian *cen* zależy od dominującego na rynku rodzaju konkurencji i rośnie ono wraz ze wzrostem znaczenia konkurencji cenowej między przedsiębiorstwem a jego konkurentami. Wzrost znaczenia konkurencji cenowej może wystąpić wówczas, gdy przedsiębiorstwo i jego konkurenci natkną się na trudności w procesie posługiwania się pozacenowymi instrumentami marketingu.

Możliwości i sposób wykorzystania tej orientacji dla ustalania *cen* zależą głównie od struktury otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstwa, które mogą tworzyć mniejsze lub większe grupy konkurentów, posiadających mniejszą lub większą siłę ekonomiczną. Struktura otoczenia konkurencyjnego decyduje bowiem o zakresie jego swobody w zakresie ustalania i

zmian *cen*, sposobach i głębokości zmian *cen* oraz poziomie *cen* i jego relacji do poziomu kosztów.

Największą swobodę w tym zakresie ma przedsiębiorstwo, które działa jako monopolista. Wówczas przedmiotem zainteresowania w procesie ustalania *cen* są tylko zmiany poziomu kosztów (orientacja kosztowa) oraz wielkości popytu (orientacja popytowa). Wraz z pojawianiem się konkurencji oraz wzrostem poziomu jej intensywności swoboda ta zmniejsza się systematycznie⁹⁵.

2.2. Kształtowanie cen w usługach

Analiza zagadnień związanych z kształtowaniem oraz możliwością oddziaływania na rynek za pomocą ceny jest jedną z najważniejszych kwestii dotyczących praktycznego wykorzystania narzędzi zarządzania marketingowego w działalności przedsiębiorstw, zarówno produkcyjnych jak i usługowych. Cena bowiem stanowi nieodzowny element każdej transakcji wymiany rynkowej bez względu na rodzaj orientacji działalności przedsiębiorstwa.

Decyzje cenowe mają na celu utrzymanie pozycji na rynku, pozyskanie i utrzymanie klientów, osiągnięcie pożądanego poziomu zysku oraz spełniają wiele innych funkcji (m.in. redystrybucyjną, stymulacyjną, informacyjną).

Na podstawie badań przeprowadzonych wśród konsumentów wynika, iż cena, oprócz jakości jest uznawana za podstawowy czynnik wpływający na podejmowanie decyzji dotyczących zakupu⁹⁶.

Cechy i różnorodność usług sprawiają, że zarówno w nauce, jak i w praktyce stosuje się wiele synonimów do określenia pojęcia „cena usługi”. I tak jak w przypadku produktów w zasadzie bez obaw mówi się o „cenie”, to w wielu branżach usług unika się tego pojęcia, mimo, że ma się na myśli ten sam stan rzeczy, a mianowicie „...liczbę jednostek pieniężnych, które kupujący musi uiścić za jednostkę ilości...”⁹⁷. Opłata za usługę przyjmuje bowiem różne nazwy np. honorarium, taryfa, zapłata, abonament itp. Synonimy terminu „cena usługi” przedstawiono w tabeli 14.

Specyfika cenowania w usługach tkwi w różnorodności ich istoty oraz w ich cechach. Podstawowe cechy charakteryzujące usługi, tj. niematerialność, niemożność rozdzielienia

⁹⁵ H. Mruk, B. Pisarczyk, H. Szulce, *Marketing. Uwarunkowania i instrumenty*, AE Poznań, Poznań 2007, s. 151-156.

⁹⁶ Szerzej na ten temat: K. Mazurek – Łopacińska, *Zachowania nabywców jako podstawa strategii marketingowej*, AE Wrocław, Wrocław 1997, s. 100-101; K. Radkowski, *Czynniki stymulujące popyt na usługi motoryzacyjne*, „Gospodarka, Rynek, Edukacja”, 2002, nr 6, s. 8.

⁹⁷ H. Simon, *Zarządzanie cenami...*, op.cit., s. 514.

procesu produkcji i konsumpcji, brak możliwości przechowywania czy duże znaczenie czynnika ludzkiego wpływają w istotny sposób na proces kształtowania cen w usługach. Cechy te powodują, że system cen w sferze usług, ze względu na niemożność uchwycenia wszystkich relacji między poszczególnymi usługami, jest dla nabywcy mniej czytelny niż w przypadku dóbr materialnych.

Tabela 14. Typologia cen usług

Nazwa opłaty	Przykładowe rodzaje usług
Bilet	• przedstawienie teatralne, usługi rekreacyjne, opłata za przejazd koleją lub autobusem,
Zapłata	• usługi fryzjerskie, porada lekarska,
Honorarium	• odczyt publiczny, usługa prawnicza,
Prowizja	• opłata od wartości transakcji za pośrednictwo handlowe i czynności handlowe,
Składka ubezpieczeniowa	• usługi ubezpieczeniowe,
Odsetki	• usługi bankowe,
Czynsz	• usługi wynajmu nieruchomości,
Czesne	• usługi edukacyjne,
Składka członkowska	• przynależność do organizacji,
Stopa procentowa	• kredyt, pożyczka bankowa,
Komorne	• usługi komornicze,
Podatek	• opłata za korzystanie z dróg,
Taryfa	• usługi energetyczne,
Mandat (grzywna)	• kara za naruszenie przepisów prawa,
Cło	• opłata za przewiezienie produktu przez granice państwa.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Styś (red.), *Marketing...*, op. cit., s. 62.

W usługach przeważają elementy niematerialne, co oznacza, że nie można ich jednoznacznie ocenić przed konsumpcją. Swoboda w zakresie kształtowania cen usług jest zależna od stopnia ich materialności⁹⁸. Zwykle, ceny usług, w których występuje wiele elementów materialnych, podobnie jak usług standardowych, oferowanych nabywcom w tej samej formie (np. usługi fryzjerskie, standardowe usługi bankowe), są ustalane na zasadach powszechnie przyjętych w przedsiębiorstwach wytwarzających dobra materialne (głównie na podstawie kosztów). Tak więc, im mniejszy jest stopień materialności usług, tym bardziej ich ceny są zindywidualizowane, a nabywcy mają mniejsze możliwości porównania cen konkurencyjnych. Wycena usług obejmuje bowiem wiele elementów, często nieporównywalnych.

W powiązaniu z niematerialnością można mówić o małej przejrzystości cen licznych usług, co w konsekwencji może prowadzić do relatywnie małej cenowej wrażliwości nabywców (zainteresowanie nabywców ceną). W związku z tym firmy świadczące takie

⁹⁸ G. Karasiewicz, *Marketingowe strategie...*, op.cit., s. 239.

usługi mają większą swobodę w kształtowaniu cen. Przejrzystość cen w połączeniu z przejrzystością użyteczności przedstawiono na rysunku 13.

W przypadku, gdy niskiej przejrzystości cen towarzyszy niska przejrzystość użyteczności, wówczas pozwala to usługodawcom na największą swobodę w tym zakresie. Nabywcy nie mogą wówczas powiązać cen z użytecznością, gdyż struktury świadczeń i struktury cen są trudne do wglądu i porównań. Klient wykazuje małe zainteresowanie ceną, ponieważ chodzi najczęściej o małe kwoty, a przyporządkowanie ceny do konkretnej usługi wymagałoby od niego dodatkowych wysiłków, lub też cena jako taka jest niemal niedostrzegana, szczególnie wtedy, gdy występuje rozbieżność w czasie pomiędzy płaceniem a korzystaniem z usługi (np. przy wyjazdach na urlop). Natomiast w usługach, w których ceny charakteryzują się wysoką przejrzystością i występuje również wysoka przejrzystość w zakresie użyteczności, możliwości ustalania cen bez ścisłego powiązania z poziomem użyteczności są zdecydowanie mniejsze.

Rysunek 13. Powiązanie przejrzystości użyteczności i cen w usługach

		Przejrzystość cen	
		niska	wysoka
Przejrzystość użyteczności	niska	Banki Ubezpieczenia Doradztwo Zindywidualizowane usługi	Czyszczenie chemiczne Usługi telekomunikacyjne Usługi pocztowe
	wysoka	Hotele Ochrona zdrowia Wyjazdy na urlop	Myjnie samochodowe Usługi spedycyjne Transport lotniczy

Źródło: H. Simon, *Zarządzanie...*, op.cit. s. 515.

Ceny usług mogą być kształtowane na różnych poziomach, w zależności od konkretnych okoliczności sprzedaży danej usługi. Gdy usługodawca wyznacza jednolity poziom ceny detalicznej dla wszystkich nabywców finalnych, pojawia się problem dostosowania ceny do specyficznych warunków rynkowych, wynikających z organizacji systemu dystrybucji.

Na wielu rynkach usługowych – w celu lepszego dostosowania cen podstawowych do zróżnicowanych warunków rynkowych – stosuje się różnicowanie cen, opusty (rabaty) cenowe oraz ceny promocyjne. Różnicowanie cen zakłada istnienie wielu segmentów rynku

wykazujących popyt na daną usługę, różniących się między sobą poziomem cenowej elastyczności popytu. Ceny są wówczas dostosowywane do wielkości i charakteru poszczególnych segmentów, a wykorzystując ich specyfikę można osiągnąć lepsze efekty ekonomiczne. Oznacza to, że ta sama usługa w zależności od: jej wartości użytkowej, miejsca świadczenia, czasu korzystania z usługi, warunków płatności, szybkości świadczenia usług, cech i zachowań nabywców lub przedmiotów, będących obiektem czynności usługowej, czasu oraz wielkości zakupu, a także reputacji placówki usługowej, oferowana jest po różnych cenach, niższych lub wyższych od ceny podstawowej. Charakterystykę powyższych kryteriów różnicowania cen zawarto w tabeli 15.

Tabela 15. Kryteria różnicowania cen usług

Kryterium różnicowania	Charakterystyka
Wartość użytkowa	Dwie wersje tej samej usługi, różniące się nieznacznie pod względem kosztów, mogą być sprzedawane po cenach znacznie się od siebie różniących (np.: usługi transportowe – przejazd pierwszą i drugą klasą, przelot w klasie ekonomicznej i biznesowej; usługi kulturalne – pierwsze i drugie miejsce w kinie, łoża lub balkon w teatrze). Cena jest w tym przypadku istotnym czynnikiem określającym dostęp poszczególnych nabywców do konkretnych usług.
Miejsce świadczenia usług	Usługa świadczona w bardziej prestiżowym miejscu jest droższa niż w mniej renomowanym. Podobnie jak usługa świadczona w placówce usługowej ma z reguły niższą cenę niż realizowana u klienta (np.: usługi hotelarskie – cena noclegu w centrum miasta jest wyższa niż na peryferiach; usługi turystyczne – wczasy na Morzem Bałtyckim są tańsze niż nad Morzem Śródziemnym; usługi medyczne – porada lekarska udzielona w przychodni lekarskiej jest tańsza niż u pacjenta w domu).
Czas korzystania z usługi	Różnicowanie cen w czasie jest sposobem zmiany zwyczajów klientów dotyczących terminów korzystania z usług (np.: usługi telekomunikacyjne – niższe ceny rozmów poza szczytem; usługi turystyczne – niższe ceny poza sezonem).
Czas i warunki płatności	Cena jest różnicowana w zależności od czasu zapłaty za daną usługę i warunków (sposobu) regulowania należności przez klienta (np.: płatność regulowana z góry i gotówką może być niższa niż ta po wykonaniu usługi i płatna np. przelewem).
Szybkość świadczenia usług	Z reguły chodzi o czas oczekiwania na usługę, sporadycznie zaś o tempo świadczenia usług (np.: usługi pocztowe: - wyższe ceny za usługi pocztowe lotnicze niż zwykłe, gdyż różnią się stosowanymi do przewozu korespondencji środkami transportu).
Cechy i zachowania nabywców lub przedmiotów	Przykładowo, wiek decyduje o cenach biletów w kinach, środkach transportu, wysokości stawek ubezpieczeń (np. zniżki dla młodzieży na bilety komunikacyjne, do muzeum kina lub teatru). Od przynależności do określonych grup wiekowych czy płci zależą ceny usług rekreacyjnych i sportowych (np. coraz częściej spotykane darmowe wejściówki dla kobiet na mecze piłki nożnej czy tańsze bilety

	dla uczniów, studentów i emerytów; poziom dochodów decyduje o cenach usług socjalnych, a wiek i stan nieruchomości i pojazdów wpływa na wysokość stawek ubezpieczeń i podatków).
Czas i wielkość zakupu	Z reguły ceny dla grup usługobiorców są niższe niż dla pojedynczych osób; podobnie rezerwacja z dużym wyprzedzeniem pozwala na uzyskanie niższej ceny w porównaniu z tą, która trzeba zapłacić tuż przed momentem świadczenia usług (np.: usługi turystyczne: wykupienie wycieczki wcześniej jest z reguły tańsze niż przed samą wycieczką).
Reputacja placówki lub osoby świadczącej usługę	W zależności od tego, jaką renomą cieszy się dana jednostka, mogą być stosowane znacznie różniące się ceny (np.: usługi medyczne czy prawnicze – wizyta u uznanego lekarza czy adwokata może okazać się kilkakrotnie droższa od porady, którą uzyskamy od początkującego specjalisty w tych dziedzinach).

Źródło: opracowanie własne.

Innym sposobem różnicowania cen podstawowych tych samych usług, poza scharakteryzowanymi w tabeli, są opusty, które polegają na obniżeniu cen podstawowych po spełnieniu przez nabywców określonych warunków. Mogą one przybierać postać rabatów ilościowych lub wartościowych, rabatów wierności czy skonta. Opusty w postaci rabatów ilościowych lub wartościowych powodują, że po przekroczeniu określonej ilości (wartości) zakupów cena usługi jest niższa (np. bilety dla grup). Klienci mogą też skorzystać z opustu cenowego, tzw. skonta, w zamian za szybszy niż zwyczajowo ustalony termin płatności. Pozwala on usługodawcy zmniejszyć ryzyko związane z kredytowaniem klientowi zakupu i ściąganiem należności.

W usługach stosuje się także rabaty czasowe i funkcjonalne. Te pierwsze polegają na obniżeniu ceny dla usługobiorcy za dokonanie jej zakupu w terminie dogodnym dla sprzedającego (np. po sezonie). Ich stosowanie pozwala na zmniejszenie ujemnych skutków sezonowych wahań sprzedaży usług, jednak przy konieczności ustalenia: wskaźnika sezonowości sprzedaży, określenia liczby miesięcy, w których będą stosowane rabaty oraz oszacowania zależności między wysokością rabatu a wielkością sprzedaży. Rabaty funkcjonalne polegają natomiast na obniżce ceny podstawowej, udzielanej przez sprzedającego pośrednikowi za spełnianie przez niego dodatkowych funkcji w kanale dystrybucji (np. za działania promujące usługę, czy wprowadzanie nowych usług itp.).

Rabaty są bardzo ważnym narzędziem osiągania celów marketingowych przedsiębiorstwa. Przy ich udzielaniu obowiązuje na ogół zasada jednakowego traktowania wszystkich klientów, którzy spełniają wymagane warunki.

Ceny promocyjne, niższe od cen podstawowych, to kolejny ważny przejaw różnicowania cen. Ich głównym zadaniem jest zwiększenie sprzedaży danych usług w krótkim czasie, dzięki stworzeniu atmosfery wyjątkowo korzystnych zakupów. Ceny promocyjne są stosowane w czasie wprowadzania nowych usług (np. telefonii komórkowej, telekomunikacji, połączeń internetowych), bądź w celu wyprzedaży oferowanych usług (np. ceny *last minute* w usługach turystycznych).

Obniżka cen usług może zachęcać do kupna pewne grupy klientów, ale równocześnie zniechęcać inne.

Dyskryminacji cen usług sprzyja marketing wirtualny. Sprzedawcy, na podstawie baz danych o klientach i informacji ich wrażliwości na ceny, mogą dostosowywać wysokość cen do indywidualnych możliwości nabywców kupujących w sieci. Ponieważ klienci w sieci są lepiej poinformowani o zróżnicowaniu cen tych samych usług, mogą określać poziom akceptowanej ceny, a także negocjować jej wysokość.

Warunkiem efektywności dyskryminacji cen jest zróżnicowanie elastyczności cenowej w poszczególnych segmentach rynku oraz zachowanie odpowiedniej relacji wysokości obniżki cen do uzyskanego dzięki temu zwiększenia wykorzystania potencjału usługowego firmy⁹⁹.

Do oceny tej relacji służy wskaźnik dochodowej efektywności zasobów (ang. *asset revenue generation efficiency* – ARGE), który uwzględnia zarówno stopień wykorzystania potencjału usługowego, jak i konsekwencje odchylenia faktycznych cen od ceny podstawowej (wyjściowej). Jego obliczenie wymaga określenia stosunku między przeciętną, aktualnie uzyskiwaną jednostkową ceną usługi, a ceną która została wyznaczona jako maksymalna (bez opustów). Proporcja ta nosi nazwę stopy efektywności cenowej (ang. *price efficiency rate*). Aby obliczyć ARGE mnoży się stopę efektywności cenowej przez wskaźnik wykorzystania potencjału usługodawcy:

$$ARGE = (\text{faktyczna cena sprzedaży} / \text{cena podstawowa}) \times (\text{wykorzystany potencjał usług} / \text{potencjał usługowy ogółem}) \times 100$$

Wzrost wskaźnika ARGE można osiągnąć zarówno poprzez zwiększenie stopnia wykorzystania potencjału usługowego, jak i poprzez podniesienie przeciętnej ceny uzyskiwanej za świadczone usługi.

Zwiększenie przeciętnej ceny świadczonych usług osiągalne jest dzięki zwiększeniu w sprzedaży udziału tych nabywców, którzy skłonni są zaakceptować ich wyższy poziom.

⁹⁹ A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing...*, op.cit., s. 190-191.

Analiza opisywanego wskaźnika umożliwia zatem określenie, na ile świadczenie usług na rzecz segmentu odbiorców dokonujących wyboru usług o niższych cenach, obniżyło efektywność gospodarowania zasobami w stosunku do sytuacji, gdy klientami byłoby wyłącznie nabywcy akceptujący najwyższe ceny¹⁰⁰.

Opierając się na przytoczonych informacjach, można zatem przyjąć, że w procesie cenotwórczym usług powinno się uwzględniać cztery podstawowe grupy determinant. Są to¹⁰¹:

- a) regulacje zewnętrzne – rozwiązania prawne, organizacyjne, ograniczające swobodę wyznaczania poziomu cen, w tym tzw. ceny urzędowe;
- b) otoczenie zewnętrzne – zachowania i preferencje potencjalnych klientów, konkurencja, uczestnicy kanałów dystrybucji, ingerencja państwa, np. agendy rządowe kontrolujące cenę;
- c) czynniki wewnętrzne – koszty, możliwości przedsiębiorstwa, takie jak np. potencjał finansowy, usługotwórczy czy zasoby finansowe;
- d) funkcje związane z realizacją celów przedsiębiorstwa.

Tak określone czynniki cenotwórcze pozwalają przypuszczać, że istotnym elementem wyceny usługi jest znalezienie takiego poziomu ceny, który stanowił będzie właściwy poziom wyjściowy do jej dalszego kształtowania. Przedstawione zależności można odnieść do tzw. trójnożu cenowego (*pricing tripod*), którego podstawę stanowią koszty, cen usług konkurencyjnych oraz wartość usługi dla konsumenta (rysunek 14).

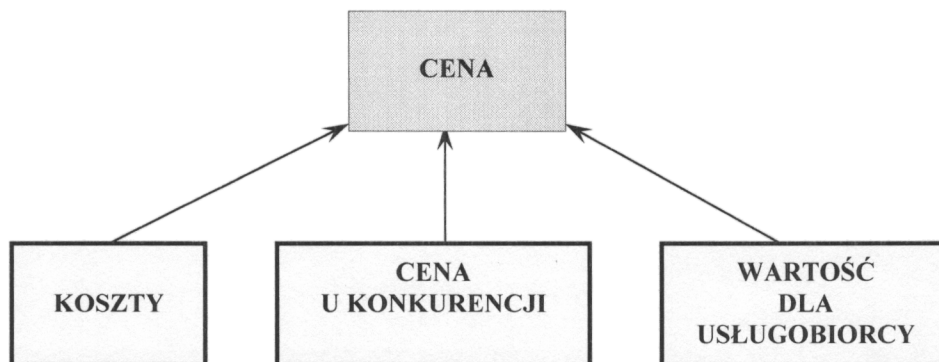
Oddziaływanie każdego z tych elementów na ostateczny poziom ceny jest najczęściej zróżnicowany, stąd wielu badaczy rynkowych uznaje, że specyfika usług pozwala na znaczną swobodę ustalania cen. Zdaniem W. Cowella, im mniejszy jest udział elementów materialnych w procesie świadczenia usług, tym większa możliwość indywidualizowania ceny dla każdego klienta. W sytuacji odwrotnej ceny powinny być oparte na kosztach i przybierać formę cen standardowych¹⁰².

¹⁰⁰ J. Mazur, *Zarządzanie...*, op.cit., s. 210.

¹⁰¹ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, AE Poznań, Poznań 2000, s. 233.

¹⁰² W. D. Cowell, *The Marketing of Services*, Butterworth-Heinemann, Oxford 1991; A. Styś (red.), *Marketing...*, op. cit., s. 62.

Rysunek 14. Trójnóg cenowy w usługach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Styś (red.), *Marketing...*, op.cit., s. 63.

Jednak w podejmowaniu decyzji cenowych w firmach usługowych istnieją pewne ograniczenia. Dotyczą one głównie natężenia konkurencji, a także elastyczności cenowej popytu. Zestawienie dylematów, jakie mogą towarzyszyć firmom usługowym przy podejmowaniu decyzji cenowych przedstawia tabela 16.

Tabela 16. Problemy przy podejmowaniu decyzji cenowych w usługach

Wysokość opłat za usługę	• Jakie koszty firma chce pokryć? • Czy chce osiągnąć określoną wysokość marży? • Jaka jest wrażliwość klientów na zmianę ceny? • Jakie ceny są pobierane przez konkurentów? • Jakie dyskonta od cen podstawowych powinny być oferowane?
Podstawa ustalania ceny	• Dostęp do usług; • Spełnienie określonego zadania; • Jednostka czasu; • Procent prowizji od wartości transakcji; • Obsługiwany obszar geograficzny; • Ciężar lub rozmiar przedmiotu usługi.
Podmiot pobierający płatność	• Jednostka, która zapewnia świadczenie usług; • Specjalista pośredniczący; • Jaki powinien być sposób wynagradzania pośredników?
Miejsce pobierania opłaty	• W miejscu dostarczenia usługi; • Na „wyjściu” u finalnego pośrednika; • W domu klienta.
Czas pobierania płatności	• Przed realizacją usługi lub po tym fakcie; • W określonym dniu tygodnia; • W określonej porze dnia.
Forma pobierania płatności	• Gotówka; • Karty kredytowe lub debetowe; • Czeki; • Konto kredytowe u usługodawcy; • Opłata dokonywana przez osobę trzecią (np. agencje ubezpieczeniowe czy rządowe).
Informowanie rynku o cenach	• Z jakich mediów komunikacyjnych usługodawca korzysta (reklama, personel usługowy, sprzedawcy)? • Jaki zasób informacji zostanie przekazany; jak duży nacisk powinien być położony na cenę?

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Styś (red.), *Marketing...*, op.cit., s. 63-64.

Cenę można również postrzegać z punktu widzenia nabywcy usługi, gdzie jest ona z reguły jednym z elementów łącznego kosztu jej pozyskania. Usługa wymaga bowiem poświęcenia przez usługobiorcę czasu na skorzystanie z niej, a przynajmniej na dokonanie zamówienia. Również wiele czasu i wysiłku zabiera dotarcie do usługodawcy, które może być kosztowne i ryzykowane. Konfrontacja z usługodawcą i/lub innymi usługobiorcami może być krępująca i stanowić obciążenie psychiczne.

Odniesienie tego zagadnienia do usług medycznych pozwala na prezentację elementów kształtujących łączny koszt jej pozyskania przez potencjalnego nabywcę pacjenta, przedstawionego na rysunku 15.

Rysunek 15. Koszty zakupu porady lekarskiej postrzegane przez pacjenta



Źródło: opracowanie własne.

Jak widać, koszty postrzegane przez pacjenta związane z wizytą u lekarza specjalisty mają wymiar pieniężny, wymiar czasu, wydatkowanej energii czy obciążeń psychicznych. Czynniki ekonomiczne to opłata za poradę lekarską (jeśli jest prywatna), koszty transportu, ewentualne koszty zaparkowania pojazdu. Osoby mające małe dzieci muszą zapewnić im opiekę na czas wyjścia z domu, co również może wiązać się z wydatkiem. Istotne znaczenie ma również czas potrzebny na dojazd i wizytę lekarską. Koszty w zakresie wydatkowanej energii zależą m.in. od łatwości dostępu do lekarza określonej profesji i warunków panujących w poczekalni. Nie bez znaczenia, a może i czasami najważniejsze są względy

emocjonalne, które wynikają np.: z konieczności oczekiwania w poczekalni wraz z innymi chorymi osobami, zniechęcenia związanego z przymusem pozbycia się ubrania podczas badania, strachem przed diagnozą lekarską, obawą co do niemożności zrealizowania zaleceń lekarskich (np. brak środków finansowych na realizację recepty) czy wreszcie zachwiania poczucia bezpieczeństwa (np. w związku z powrotem do domu o późnej porze lub złe samopoczucie).

Przy wyznaczaniu ceny usługi należy pamiętać, że decyzje cenowe muszą pozostać w zgodzie z całością strategii marketingowej. Należy także wziąć pod uwagę różnicowanie cen dla poszczególnych segmentów odbiorców. Zdaniem A. Payne „...należy pamiętać, że wysokość cen zależy od nabywcy, któremu sprzedajemy usługę, bowiem w jego opinii miernikiem wartości usługi jest nie cena, lecz korzyści uzyskane po odliczeniu łącznych kosztów związanych z jej zakupem...”¹⁰³.

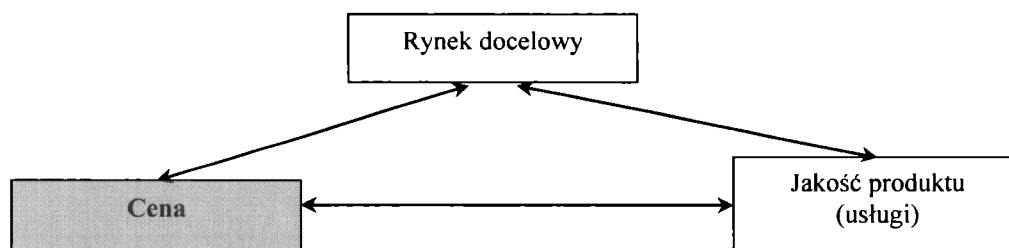
Sformalizowany proces ustalania cen powinien być tak skonstruowany, aby można było z niego odczytać, od czego rozpocząć proces decyzyjny, w jakiej kolejności podejmować decyzje i w efekcie co jest decyzją, a co czynnikiem wywierającym na nią wpływ. Podejmowanie decyzji cenowych jest bowiem ściśle powiązane z rynkiem docelowym przedsiębiorstwa oraz jakością produktu (usługi). Rynek docelowy, jakość produktu (usługi) i cena to strategiczne wyznaczniki działań przedsiębiorstwa (rysunek 16). Każdy z nich może stać na czele planowania celów i zasad działania przedsiębiorstwa. Tak więc możliwe są w tym zakresie trzy sposoby postępowania:

- 1) jako pierwszy wybierany jest rynek docelowy a po nim określa się jakość produktu (usługi) i jego cenę;
- 2) najpierw wybiera się jakość produktu (usługi) możliwą do osiągnięcia przez przedsiębiorstwo, a następnie określa się cenę oraz grupę nabywców;
- 3) na pierwszym miejscu wybiera się cenę i do niej dostosowuje jakość produktu (usługi) oraz obsługiwany segment klientów.

W dwóch pierwszych przypadkach wysokość ceny będzie podlegać różnorodnym wpływom. W trzecim zaś, wpływy te będą bezpośrednio oddziaływać na pozostałe elementy decyzyjne, tj. produkt, promocję, dystrybucję, a pośrednio na wewnętrzne aspekty zarządzania.

¹⁰³ A. Payne, *Marketing...*, op.cit., s. 50.

Rysunek 16. Cena a strategiczne decyzje przedsiębiorstwa



Źródło: B. Rogoda, Decyzje cenowe przedsiębiorstw. Pomocnicze materiały dydaktyczne, AE Kraków, Kraków 2003, s. 9.

Proces podejmowania decyzji cenowych może być sformułowany mniej lub bardziej szczegółowo, a także skupiać się w większym lub mniejszym stopniu na stronie metodologicznej.

Według modelu A. Oxenfeldta proces ten opiera się na następujących etapach¹⁰⁴:

- wybór rynków docelowych,
- wybór wizerunku marki,
- określenie elementów marketingu-mix,
- ustalenie celów polityki cenowej,
- określenie strategii cenowych,
- wdrożenie taktyki cenowej.

Na przebieg tego procesu mają wpływ konsumenci, konkurencja, rząd, pośrednicy handlowi, stan gospodarki oraz uwarunkowania wewnętrzne.

W koncepcji sformułowanej przez D. Lucka i O. Ferrela wyróżniono następującą sekwencję działań związanych z podejmowaniem decyzji cenowych:¹⁰⁵:

- określenie i przyjęcie celów marketingowych,
- ustalenie celów polityki w zakresie cen,
- określenie czynników decyzji cenowych – popyt, podaż, konkurencja, prawo itd.,
- wyznaczanie roli ceny w strategii marketingowej,
- oszacowanie i ustalenie ceny.

Natomiast procedura ustalania cen proponowana przez P. Kotleta opiera się na sześciu podstawowych fazach¹⁰⁶:

- wybór celów strategii cenowej,

¹⁰⁴ P.D. Bennett, *Marketing*, McGraw Hill, New York 1988, s. 475.

¹⁰⁵ D.J. Luck, O.C. Ferrel, *Marketing Strategy and Plans*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1985, s. 387.

¹⁰⁶ Szerzej: Ph. Kotler, *Marketing...*, op.cit., s. 449.

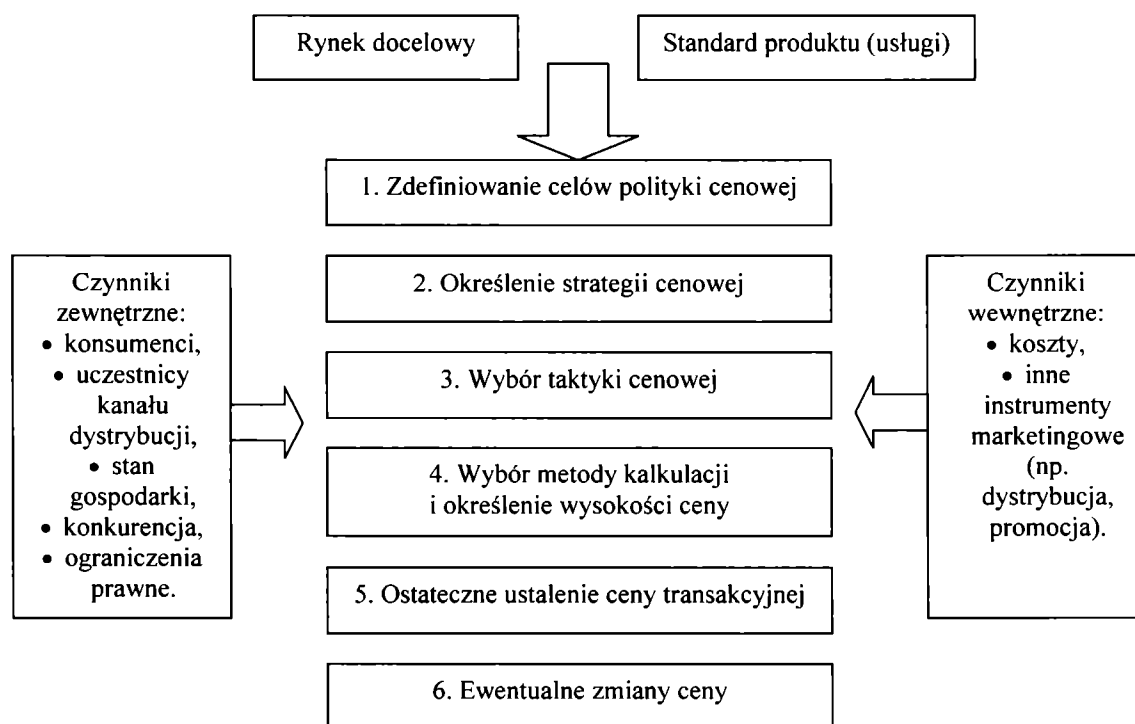
- szacowanie popytu,
- szacowanie kosztów,
- analiza cen i ofert konkurencji,
- wybór metody ustalania cen,
- wybór ceny końcowej

Wspólną cechą przedstawionych koncepcji jest to, że zawierają one zarówno działania stricte decyzyjne (np. wybór celów), jak i przygotowawcze (analiza kosztów).

Typowy proces podejmowania decyzji cenowych, rozdzielający czynności decyzyjne od czynników wpływu, przedstawiono na rysunku 17.

Wstęp do realizacji tego procesu stanowi określenie produktu lub usługi o wybranym standardzie, który jest adresowany do konkretnej grupy nabywców, stanowiącej rynek docelowy. Ma to zawęzić zakres czynników tylko do tych, które wpływają na przebieg decyzji cenowych, a odrzucić czynniki nieistotne dla tego procesu.

Rysunek 17. Etapy procesu podejmowania decyzji cenowych



Źródło: B. Rogoda, *Decyzje...*, op.cit., s. 11.

Pierwszym etapem procesu cenowego jest zdefiniowanie celów polityki cenowej. Cele te muszą być jednoznacznie określone (w tym ilościowo) oraz uporządkowane, poczynając od celu najistotniejszego, a na najmniej ważnym kończąc. W literaturze przedmiotu brak jest

jednoznacznego określenia celów strategii cenowych, na przykład Ph. Kotler wyróżnia sześć podstawowych celów¹⁰⁷:

- przetrwanie firmy na rynku,
- maksymalizację bieżącego zysku,
- maksymalizację bieżącego przychodu,
- maksymalizację wzrostu sprzedaży,
- dotarcie do „śmietanki” nabywców,
- dążenie do oferowania produktów (usług) jak najwyższej jakości.

Inny zestaw celów strategii cenowych z punktu widzenia ostatecznych nabywców dóbr konsumpcyjnych proponują W. Schoell, J. Guiltiman. Autorzy ci wyodrębniają cele związane z¹⁰⁸:

- pozyskiwaniem nowych nabywców,
- utrzymaniem dotychczasowych nabywców,
- zwiększeniem wolumenu sprzedaży obecnym nabywcom,
- zwiększeniem wolumenu sprzedaży produktów komplementarnych,
- przesuwaniem nabywców w kierunku produktów substytucyjnych.

Cele polityki cenowej bywają w praktyce mocno zróżnicowane. Różnice te występują nie tylko między poszczególnymi przedsiębiorstwami, lecz także poszczególnymi produktami (usługami), gdyż polityka cen jest podporządkowana szerzej pojętym celom marketingowym firmy. P. Waniowski dzieli cele strategii cenowych na defensywne, których celem jest obrona dotychczasowej pozycji na rynku i ofensywne, ukierunkowane na rozwój firmy¹⁰⁹. Wśród celów defensywnych wyróżnia on cele ukierunkowane na przetrwanie firmy na rynku i dążenie do utrzymania dotychczasowych nabywców. Natomiast cele ofensywne bazują głównie na wolumenie sprzedaży lub zysku, na nabywcach i konkurencji, a także na kreowaniu określonego wizerunku firmy. Zgodnie z tą koncepcją, cena ma być jednym z czynników zapewniających maksymalizowanie albo osiągnięcie założonego poziomu sprzedaży lub zysku, a także pozyskanie nowych nabywców, zwiększanie wolumenu sprzedaży lub dostosowywanie się do przeciętnych cen na danym rynku i zapobieganie wejściu nowych konkurentów na rynek.

Drugim etapem procesu podejmowania decyzji cenowych jest określenie strategii cenowej. Etap ten, ze względu na swoją istotność, zostanie szerzej omówiony w dalszej części

¹⁰⁷ Ph. Kotler, *Marketing...*, op.cit., s. 76.

¹⁰⁸ W. Schoell, J. Guiltiman, *Marketing*, Allyn and Bacon, Boston 1988, s. 607.

¹⁰⁹ P. Waniowski, *Strategie...*, op.cit., s. 99.

niniejszego rozdziału.

Kolejny etap procesu cenowego to wybór taktyki cenowej. Jest on uszczegółowieniem przyjętej strategii cenowej i obejmuje takie kwestie jak: struktura ceny, rabaty, różnicowanie geograficzne, wiązanie cen, techniki psychologiczne, sposoby płatności.

Czwartą fazą omawianego procesu jest przyjęcie metod kalkulacji ceny i ustalenie na jej podstawie ceny postulowanej. Na tym etapie następuje powiązanie wyznaczonych celów, przyjętych strategii i taktyk.

W literaturze w zakresie prezentowanego przedmiotu wyróżnić można następujące grupy metod ustalania podstawowego poziomu cen¹¹⁰:

- metody kosztowe
- metody rynkowe, zorientowane na konkurencję lub na popyt.

W metodach kosztowych podstawą ustalania cen jest dokładne rozpoznanie wysokości i struktury kosztów ponoszonych w jednostce na wytworzenie usług. Natomiast podstawą ustalania cen metodami rynkowymi jest wnikliwa analiza rynku, ukierunkowana na konkurencję lub na popyt. Choć w wymienionych metodach wychodzi się z odrębnych założeń w ustalaniu wysokości ceny, to między nimi występuje związek. Jeżeli podmiot ustala cenę na podstawie kosztów, to musi być ona zaakceptowana przez rynek. Rynek jest ostatecznym weryfikatorem wysokości ceny. Dla jednostki gospodarczej rynek jest także podstawą porównań kosztu jednostkowego usługi z ceną występującą na rynku. Na podstawie takich porównań podmiot ustala, ile może na danej usłudze zarobić lub stracić. Kiedy usługa jest rentowna decyduje się on nadal ją wytwarzać, kiedy zaś nie jest rentowna, to albo wycofuje się z jej świadczenia, albo poszukuje możliwości obniżki kosztów.

W kosztowych metodach ustalania cen dolna granica możliwego zakresu cen opiera się na kosztach, które zawsze były i są nadal naturalną podstawą ustalania wysokości cen. Firmy, ustalając cenę usługi, dążą do pokrycia poniesionych kosztów oraz osiągnięcia założonego poziomu zysku. Mogą przy tym stosować dwa odmienne podejścia – pierwsze zakłada, że koszty stanowią punkt wyjścia do ustalenia ceny, natomiast drugie traktuje koszty jako wielkość, której nie wolno przekroczyć, biorąc pod uwagę poziom ceny akceptowany przez rynek docelowy. Stosując to drugie podejście firma musi liczyć się z tym, że jeżeli koszty, a

¹¹⁰ Metody ustalania cen zostały opisane w wielu pozycjach literaturowych. Piszą o nich m.in.: M. Pluta-Olearnik, *Marketing usług. Idee. Zastosowania*, PWE, Warszawa 1994, s. 62, S. Sojak, *Rachunkowość zarządcza*, Dom Organizatora, Toruń 2003, s. 400-433, A. Karmańska (red.), *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów w systemie informacyjnym przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2006, s. 982-991, I. Sobańska (red.), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Najnowsze tendencje, procedury i ich zastosowanie w przedsiębiorstwach*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 178-188, K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości zarządczej*, PWE, Warszawa 2006, s. 259-272, J. Mazur (red.), *Decyzje marketingowe...*, op. cit., s. 151-168.

w ślad za nimi ceny usług, będą zbyt wysokie, nie znajdą one nabywców. W warunkach istnienia rynku konkurencyjnego i w marketingowo zorientowanym przedsiębiorstwie kosztowe metody ustalania cen powinny być zweryfikowane przez metody popytowe i zorientowane na konkurencję¹¹¹.

Metody kosztowe opierają się na założeniu, że cena powinna pokryć koszt, poniesiony na wytworzenie wyrobu/usługi i zapewnić jednostce określony zysk.

Ustala się ją przez dodanie do kosztu jednostkowego określonej wielkości zysku, co wyraża formuła¹¹²:

$$\text{Cena} = \text{koszt jednostkowy} + \text{Zysk}$$

Jest to tzw. klasyczna formuła kosztowa, określana mianem *koszt plus*, czyli koszt jednostkowy plus narzut zysku na jednostkę wyrobu/usługi. Do ustalenia cen mogą być wykorzystywane różne rodzaje kosztów, m.in. takie jak: pełny koszt jednostkowy, techniczny koszt jednostkowy, jednostkowy koszt zmienny. Dla zapewniania optymalnej ceny każdy rodzaj kosztu wymaga innego zysku, ustalanego najczęściej za pomocą narzutu procentowego. Najmniejszy narzut występuje przy pełnym koszcie jednostkowym i wzrasta, kiedy zmniejsza się kwota kosztu jednostkowego przyjmowanego jako podstawa ustalania ceny. Dlatego też wyróżnia się następujące rodzaje kosztowych formuł cenowych:

- pełny koszt jednostkowy plus narzut zysku,
- techniczny koszt jednostkowy plus marża brutto,
- jednostkowy koszt zmienny plus marża na pokrycie.

Najczęściej wykorzystywaną formułą kosztową jest formuła oparta na pełnym koszcie wytworzenia wyrobu/usługi, a sposób ustalenia ceny w tej formule można wyrazić za pomocą następującego wzoru:

$$\text{Cena} = \text{koszt jednostkowy} \times (1 + \text{narzut zysku})$$

Za szerokim zastosowaniem powyższej formuły i jej popularnością przemawiają następujące argumenty:

- 1) jest ona metodycznie prosta i ułatwia udokumentowanie ustalonej ceny schematycznym formularzem kalkulacyjnym;

¹¹¹ A. Czubala, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing...*, op.cit., s. 180.

¹¹² K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości...*, op. cit., s. 259.

2) jest oparta na „twardych” i „wiarygodnych” danych kosztowych, pochodzących z rachunku kosztów pełnych;

3) ułatwia uzasadnienie decyzji cenowych przed kierownictwem jednostki oraz konkurencją.

Mimo niezaprzeczalnych zalet metoda ta ma również istotne wady, do których można zaliczyć:

1) zależność ceny tylko od jednej zmiennej wewnętrznej, jaką jest koszt jednostkowy;

2) oderwanie ceny od rynku, co powoduje, że jest ona podobnie ustalana dla każdego warunków rynkowych;

3) założenie, że cena ma pokryć pełny koszt jednostkowy, często nie sprzyja racjonalności kosztów;

4) trudności w odpowiednim rozliczeniu kosztów pośrednich na poszczególne produkty/usługi.

Kolejną odmianą tej formuły cenowej jest formuła oparta na technicznym koszcie wytworzenia, czyli koszcie obejmującym koszty bezpośrednie i koszty wydziałowe. Jest ona możliwa do zastosowania w tych jednostkach, w których są gromadzone odpowiednie informacje liczbowe dające możliwość ustalenia technicznego kosztu wytworzenia (tkw).

Biorąc za podstawę ustalenia ceny techniczny koszt wytworzenia, do kosztu tego dolicza się marżę brutto, co można zapisać za pomocą poniższego wzoru:

$$\text{Cena} = \text{tkw} \times (1 + \text{narzut jednostkowej marży brutto})$$

Jednostkowa marża brutto powinna być wyższa od wielkości zysku jednostkowego, występującego w klasycznej formule kosztowej. Ma ona zagwarantować osiągnięcie planowanego zysku oraz pokrycie kosztów ogólnego zarządu i sprzedaży. W porównaniu z klasyczną formułą eliminuje ona problemy związane z rozliczaniem kosztów pośrednich (kosztów zarządu, kosztów sprzedaży), co stanowi niewątpliwie jej zaletę.

Trzecią odmianą kosztowej formuły cen jest formuła oparta wyłącznie na jednostkowym koszcie zmiennym (jkz), określana jako popytowa formuła cen. Polega ona na dodaniu do jednostkowego kosztu zmiennego określonej wielkości marży na pokrycie kosztów stałych, co można określić za pomocą wzoru:

$$\text{Cena} = \text{jkz} \times (1 + \text{narzut marży na pokrycie})$$

Niewątpliwą zaletą tej metody, podobnie jak metody opartej na technicznym koszcie wytworzenia, jest brak konieczności rozliczania kosztów stałych na poszczególne

wyroby/usługi. Jednak stwarza ona problemy związane z praktycznym jej stosowaniem, polegającym m.in. na właściwym szacowaniu marży na pokrycie kosztów stałych, która powinna być tak ustalona, aby pokryła koszty stałe i dała możliwość osiągnięcia zaplanowanego zysku. Według tej formuły ustala się zwłaszcza ceny produktów/usług w krótkim okresie oraz ceny specjalnych zamówień. Przy jej zastosowaniu występuje możliwość posługiwania się w prowadzeniu polityki cenowej dolnymi granicami cen. Zwiększa się przez to elastyczność tej polityki i daje możliwość szybszego dostosowywania się do zmian zachodzących na rynku (w krótkim okresie).

Podsumowując zaprezentowane klasyczne kosztowe formuły ustalania cen, można stwierdzić, iż wszystkie one zapewniają ustalenie jednakowej wysokości ceny, a wybór którejkolwiek z nich determinowany jest rodzajem rachunku kosztów stosowanym w danej jednostce.

Wśród metod kosztowych, oprócz klasycznych, scharakteryzowanych powyżej, można wyróżnić także metodę *koszt plus zysk od kapitału*, która opiera się na założeniu, że celem każdego działania jest osiąganie zysku z zainwestowanego kapitału. Jest ona zbliżona do klasycznych formuł kosztowych, a różni ją tylko to, że oprócz kosztów uwzględnia zysk z zainwestowanego kapitału, czyli wykorzystuje ona szerszy zakres informacji przy ustalaniu ceny wyrobu/usługi.

Cena sprzedaży w tej formule jest opisywana wzorem:

$$\text{Cena} = k_j + r (M/x)$$

Dla ustalenie ceny według powyższej formuły niezbędna jest znajomość pełnego jednostkowego kosztu wyrobu (usługi) (k_j), wysokość zainwestowanego kapitału (majątku) (M) na jednostkę produkcji danego produktu/usługi w okresie (x) oraz pożądanej stopy zwrotu kapitału (r).

Istotnym problemem związanym z zastosowaniem tej formuły jest oszacowanie docelowej stopy zwrotu z zainwestowanego kapitału. Jest ona stosunkiem zysku netto (Z_n) osiągniętego ze sprzedaży wyrobów/usług do kwoty zainwestowanego kapitału (M).

Omawiana formuła cenowa jest najczęściej wykorzystywana przy podejmowaniu decyzji związanych z wprowadzaniem do produkcji nowego wyrobu/usługi, kiedy niezbędna jest informacja na temat rentowności zainwestowanego kapitału.

Druga, oprócz kosztowych, grupa metod ustalania cen to metody oparte na popycie. Istota tych metod polega na wyznaczaniu maksymalnej ceny akceptowalnej przez docelowych

klientów. Zakładają one, że o wyborze i zakupie określonej usługi decyduje oczekiwana przez klienta wartość, która stanowi różnicę między sumą oczekiwanych korzyści związanych z nabyciem usługi (np. poziom, jakość zaspokojenia potrzeby, szybkość obsługi, fachowość personelu, wizerunek firmy) a całkowitym kosztem ponoszonym przez klienta w związku z zakupem usługi. Koszt ten obejmuje cenę usługi powiększoną o wartość czasu straconego na poszukiwanie punktu usługowego, koszt psychicznych i fizycznych niedogodności występujących w procesie realizacji usługi itp. Im różnica ta jest większa, tym większa jest satysfakcja klienta. Klient może zapłacić za usługę firmy konkurencyjnej więcej, jeśli uzna, że stosunek ceny do korzyści jest prawidłowy, tj. za trochę wyższą cenę otrzymuje usługę wyższej jakości i dodatkową gwarancję¹¹³. Stąd też ustalenie ceny na podstawie postrzeganej przez nabywców wartości wyznacza górną granicę dopuszczalnego przedziału cenowego. Ponieważ klienci różnie oceniają cechy oferty, a także różnie traktują ceny w procesie podejmowania decyzji zakupu, uwarunkowane możliwościami finansowymi i wrażliwością na poziom cen itp., każda ustalona przez przedsiębiorstwo cena może wywołać inne wahania popytu.

W praktyce procedura ustalania ceny na podstawie wartości postrzeganej przez nabywców wymaga przeprowadzenia badań rynku tj. badań preferencji i postaw klientów w stosunku do oferowanych usług oraz poznania ich oceny danej usługi na tle konkurencji. Wśród metod służących temu badaniu stosuje się między innymi metodę badań spontanicznych oczekiwań cenowych konsumentów, metodę bezpośredniego porównywania cenowego konkurencyjnych produktów, metodę wielokryterialnego porównywania produktów konkurencyjnych, w której cena jest tylko jedną z kilku cech produktu, metodę wyznaczania całkowitej wartości ekonomicznej produktu dla klienta oraz metodę analizy połączonej.

Najważniejszą zaletą tych metod jest przyjęcie postaw i preferencji nabywców za podstawę wyznaczenia poziomu ceny oraz stworzenie podstaw do uwzględnienia w decyzjach cenowych wymagań różnych segmentów rynku. Do ich wad zalicza się przede wszystkim kosztowność badań wartości usługi oraz możliwość jej przeszacowania lub niedoszacowania. Ponieważ klienci różnią się w ocenach cech i atrybutów oferty, każda ustalona przez przedsiębiorstwo cena w ramach dopuszczalnego przedziału, którego dolną granicę określają koszty, a górną postrzegana przez klientów wartość usługi, wywołuje inne reakcje popytu. Stąd też nieodzowną rolę dla ustalania cen na podstawie wartości postrzeganej przez klientów odgrywa analiza zależności między ceną a popytem. Najogólniej

¹¹³ M. Strzyżewska, M. Rószkiewicz, *Analizy marketingowe*, Difin, Warszawa 2002, s. 162.

zależność tą określa prawo malejącego popytu, zgodnie z którym popyt na dany produkt, w danym czasie i miejscu, zmniejsza się wraz ze wzrostem cen i zwiększa się w miarę ich spadku. Stopień reakcji popytu na zmianę cen, a więc wrażliwość cenową nabywców, wyraża wskaźnik elastyczności cenowej popytu (E_p), określany jako:

$$E_p = \frac{\text{procentowa zmiana popytu}}{\text{procentowa zmiana ceny}}$$

W zależności od wielkości wskaźnika E_p wyróżnia się:

- 1) popyt elastyczny – względne zmiany popytu są większe niż względne zmiany cen ($E_p > 1$),
- 2) popyt proporcjonalny – względne zmiany popytu i względne zmiany cen są jednakowe ($E_p = 1$),
- 3) popyt nieelastyczny – względne zmiany popytu są mniejsze niż względne zmiany cen ($E_p < 1$),
- 4) popyt sztywny – wielkość popytu nie reaguje na wzrost lub spadek cen ($E_p = 0$).

W zależności od rodzaju popytu różny będzie wpływ zmian cen na jego wielkość i wartość sprzedaży danej usługi. Im mniejsza elastyczność popytu tym bardziej opłaca się podnosić cenę. Jeśli natomiast popyt jest elastyczny, wzrost wielkości sprzedaży można osiągnąć obniżając poziom cen¹¹⁴.

Elastyczność cenowa popytu zależy od wielu różnych czynników, między innymi od występowania substytutów, przejrzystości cen, świadomości różnic cen, czasu utrzymywania się różnic cen, częstotliwości zakupów i wysokości dochodów i zmienia się w czasie i przestrzeni. Z reguły też jej poziom jest odwrotnie proporcjonalny do stopnia złożoności usługi – im bardziej skomplikowana struktura usługi, tym mniejsza elastyczność cenowa popytu, im prostsza struktura, większa liczba substytutów, większy udział ceny w dochodach klienta, tym elastyczność popytu jest większa¹¹⁵. Ogólnie można zatem stwierdzić, że kupujący są mniej wrażliwi na ceny usług, które muszą nabyć (np. usługi medyczne), usług kupowanych ze snobizmu, usług nieposiadających substytutów, usług komplementarnych w stosunku do posiadanych dóbr oraz usług o małym udziale w budżecie domowym.

Z badań wynika też, że niekiedy w praktyce występują odstępstwa od stwierdzonych

¹¹⁴ J. Altkorn (red.), *Podstawy...*, op. cit., s. 172-173.

¹¹⁵ J. Harasim, *Cena jako instrument marketingowy na rynku detalicznych usług bankowych*, „Marketing i Rynek” 2004, nr 2.

prawidłowości prawa malejącego popytu względem wzrostu cen, określane mianem paradoksów. Dwa podstawowe to: Paradoks Giffena, oznaczający reagowanie na wzrost cen dóbr pierwszej potrzeby (np. chleba) wzrostem zakupów tych dóbr oraz Paradoks Veblena oznaczający zwiększanie zakupów niektórych dóbr luksusowych pod wpływem wzrostu ich cen.

Ustalenie cen zorientowanych na kształtowanie się popytu wymaga zwykle nie tylko oszacowania elastyczności cenowej popytu, ale i dokonania segmentacji rynku opartej na kryteriach behawioralnych oraz określenia siły nabywczej kupujących.

W praktyce jednak firmy usługowe często znacznie różnicują swoje ceny w zależności od wielkości popytu, na przykład ustalając ceny na przetargach lub w negocjacjach albo różnicując ceny w zależności od innych, niespowodowanych cenami zmian popytu. Zmiany te mogą być przewidywalne, na przykład zależeć od czasu, lub nieprzewidywalne, gdy popyt całkowity tworzą różne segmenty nabywców.

Innym przykładem uwzględniania elastyczności cenowej popytu w polityce cenowej jest sprzedaż wiązana, polegająca na oferowaniu kilku – co najmniej dwóch – komplementarnych względem siebie usług za niższą cenę od ceny żądanej za oddzielne wykonanie każdej z nich. Koncepcja ta pozwala firmom na polepszenie jakości świadczonych usług, nawiązanie lepszych relacji z klientami i budowanie ich lojalności, zwiększenie wielkości sprzedaży, redukcję kosztów, a także korzystne wyróżnienie oferty na tle konkurentów¹¹⁶.

Działając w konkurencyjnym otoczeniu przedsiębiorstwo nie jest w stanie przy ustalaniu cen nie obserwować zachowań cenowych swoich głównych konkurentów. Orientacja na konkurencję w ustalaniu cen oznacza, że przedsiębiorstwo ustalając i zmieniając ceny usług, bierze pod uwagę poziom cen konkurentów oraz przewiduje ich reakcję na swoje ceny. Znaczenie konkurencji w procesie stanowienia cen zależy od struktury konkurencyjnego otoczenia przedsiębiorstwa. Jeśli przedsiębiorstwo nie ma konkurentów i działa jako monopolista, dysponuje największą swobodą do kształtowania poziomu cen, która zmniejsza się wraz ze wzrostem liczby konkurentów.

Formuła ustalania cen opartych na cenach konkurencji wymaga wskazania usług bezpośrednio konkurujących, ustalenia cen usług substytucyjnych sprzedawanych przez najbliższych konkurentów, określenia relacji cen własnych usług do cen usług konkurencyjnych oraz uwzględnienia przewidywanej reakcji konkurentów na decyzje cenowe.

¹¹⁶ A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing...*, op.cit., s. 185-186.

Analiza cen konkurentów upraszcza i przyspiesza procedurę stanowienia cen, a także zmniejsza związane z tym ryzyko, ponieważ eliminuje potrzebę wcześniejszej analizy popytu, pozwala na powielanie dominującego na rynku poziomu cen, w myśl zasady „skoro opłaca się innym, to i nam się to opłaci”.

Techniki stanowienia cen w oparciu o znajomość cen konkurentów nie są sformalizowane. W zależności od formy rynku i zajmowanej na nim pozycji firma usługowa może, biorąc pod uwagę własne cele rynkowe oraz przewidując reakcję konkurentów, ustalić cenę świadczonych usług na poziomie średniej ceny usług konkurentów, na poziomie wyższym lub niższym od cen stosowanych przez konkurentów, albo też na poziomie lidera cenowego. Działania te zależą od celów polityki cenowej przedsiębiorstwa i decydować będą o pozycji konkurencyjnej oferowanej usługi.

Jeżeli celem przedsiębiorstwa jest zwiększenie udziału w rynku, wówczas ustali ono cenę poniżej cen konkurentów. Jednak taka decyzja może spowodować tzw. spiralę spadku cen w sektorze, a w konsekwencji negatywne następstwa dla wszystkich uczestników walki konkurencyjnej. Uwzględnienie cen konkurentów wymaga przewidywania ich reakcji na relatywnie niższą cenę. Konkurent w odpowiedzi może¹¹⁷:

- 1) obniżyć ceny, co doraźnie zmniejszy jego zyski, ale pozwoli mu na utrzymanie udziału w rynku,
- 2) utrzymać cen na dotychczasowym poziomie i jednocześnie zwiększyć postrzeganą wartość produktu poprzez podkreślenie jego jakości, promocję, usprawnienie dystrybucji,
- 3) poprawić jakość produktu i zwiększyć cenę poprzez wprowadzenie lub przesunięcie danej marki do wyższej kategorii cenowej,
- 4) wylansować nową, tanią markę produktu w oferowanej linii.

Niekiedy też lepsze wyniki finansowe firma może osiągnąć ograniczając konkurencyjną walkę cenową i podejmując z konkurentami współpracę w dziedzinie cen. Może ona polegać na zwiększaniu jawności cen, ujawnianiu planowanych zmian cen, ustalaniu cen wiodących lub dążeniu do porozumienia w sprawie wspólnej strategii cenowej.

Bardzo rzadko jednak ceny kształtowane są wyłącznie na podstawie popytu i konkurencji, z reguły w odniesieniu do usług standardowych cenę wyznacza rynek, ale usługodawca, przy podejmowaniu decyzji dotyczących ich świadczenia, stale porównuje tę cenę z ponoszonymi kosztami¹¹⁸.

Tak więc, w praktyce wykorzystuje się mniej lub bardziej świadomie równocześnie kilka

¹¹⁷ Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wrong, *Marketing...*, op.cit., s. 801.

¹¹⁸ K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości...*, op.cit., s. 259.

metod. Obszar wyboru w tym zakresie wyznaczają koszty i gotowość odbiorców do akceptowania określonego poziomu cen.

Mimo, że często wymienione rodzaje metod są traktowane jako niezależne sposoby cenotwórstwa, to jednak przy podejmowaniu decyzji cenowych niezbędne jest uwzględnienie elementów każdej z nich. Nie jest bowiem możliwy sukces rynkowy firmy, która określa ceny tylko na podstawie kosztów produkcji, nie biorąc pod uwagę intensywności popytu czy decyzji cenowych konkurencji. I odwrotnie, nie jest możliwe funkcjonowanie w długim okresie firmy, która ma na względzie tylko zmiany w natężeniu popytu, nie uwzględniając zmian w kosztach wytworzenia.

Kolejnym, piątym etapem w procesie podejmowania decyzji cenowych jest ostateczne ustalenie ceny, które może być efektem zastosowania tabeli rabatowej do wielkości zakupu realizowanego faktycznie przez nabywcę lub wynikiem negocjacji z klientem.

W procesie tym należy uwzględnić również ewentualne zmiany ceny, które są nieuniknione, gdyż nawet zawarcie umowy nie kończy ostatecznie procesu cenowego. Zmiany te mogą być realizowane na dowolnym etapie procesu – począwszy od modernizacji produktu lub zmiany rynku docelowego, a skończywszy na czynnikach branych pod uwagę dopiero na etapie kalkulacji (np. wzroście kosztów).

Podejmowanie decyzji cenowych jest procesem złożonym, w którym nie znajdują zastosowania proste teoretyczne formuły. W decyzjach cenowych uwzględnić należy bowiem tak skomplikowane elementy, jak: oczekiwania nabywców, oczekiwania konkurentów, zachowania innych uczestników kanału dystrybucji, koszty, cele własne, interakcje marketingu mix.

Zakres możliwości ustalania cen pomaga w ustaleniu ceny zgodnie z założoną strategią cenową, która jest częścią ogólnych strategii marketingowych i stanowi podstawowy etap w procesie podejmowania decyzji cenowych.

Strategia kształtowania cen polega na ustaleniu ceny na poziomie wyznaczonym przez relację kosztów i zdolności osiągnięcia sprzedaży. Pierwszym krokiem wyboru strategii jest określenie celu, jaki firma chce osiągnąć w przypadku konkretnego produktu/usługi.

Głównymi celami strategii cen mogą być¹¹⁹:

1. Penetracja rynku poprzez stosowanie niskich cen zachęcających nabywców do zmiany zwyczajów ich dotychczasowych zakupów.
2. Osiągnięcie dodatkowych zysków przez wprowadzenie nowych produktów/usług i

¹¹⁹ T. Sztucki, *Marketing ...*, op.cit., s. 87.

posługiwanie się promocją oddziałującą na prestiżową motywację nabywców.

3. Możliwie największa sprzedaż.
4. Zniechęcenie konkurentów do wchodzenia na te same segmenty rynku.
5. Pozyskiwanie nowych rynków i nowych rodzajów nabywców.
6. Promocja innych produktów/usług firmy związanych z produktem podstawowym.

Według G. Karasiewicza¹²⁰ można wyróżnić trzy, podstawowe opcje ramowej strategii cen, oparte na kryterium przyjętej polityki cenowej: strategię cen wysokich, strategię cen neutralnych (przeciętnych, średnich) i strategię cen niskich.

Sformułowanie ramowej strategii cen jest związane z badaniem zgodności relatywnego poziomu ceny, który wynika z analizy czynników cenotwórczych, z charakterystyką rynku docelowego, strategią pozycjonowania i pozostałymi instrumentami marketingu.

Strategia cen wysokich polega na ustaleniu ceny na poziomie wyższym od przeciętnej ceny rynkowej lub w górnej części dopuszczalnego przedziału cenowego. Aby dany produkt był kupowany, musi odznaczać się jakością wyższą od przeciętnej, a także posiadać pożądane przez nabywców cechy lub specjalne, ważne dla nabywców wartości. Celem tej strategii jest szybki zwrot poniesionych nakładów, osiągnięcie zysku w krótki czasie, tworzenie wizerunku produktu wysokiej jakości oraz utrzymanie poziomu sprzedaży lub udziału w rynku. Realizując tą strategię firma koncentruje się nie na całym rynku czy dużej jego części, lecz na stosunkowo niewielkim jego segmencie, obejmującym tych nabywców, którzy zechcą tę cenę zapłacić.

Nowe usługi o wysokich cenach przedsiębiorstwo adresuje do nabywców o dużych dochodach, albo też takich, którzy z innych przyczyn (na przykład: snobizm, efekt prestiżowy, przedkładanie jakości nad cenę, szczególne zainteresowanie wynikające ze względów hobbystycznych) pragną daną usługę nabyć. Stąd też strategia ta jest efektywna w odniesieniu do usług innowacyjnych, unikatowych, bardzo udoskonalonych, uznawanych za prestiżowe, ale także usług o bardzo krótkim cyklu życia.

Podstawową zaletą strategii wysokich cen jest możliwość obniżania ich poziomu w zależności od przebiegu sprzedaży w miarę rozwoju rynku, pojawienia się tańszych substytutów lub bariery popytu. Obniżając cenę można poszerzyć krąg nabywców o tych, dla których usługa była do tej pory za droga, czy też zwiększyć częstotliwość zakupów wśród dotychczasowych klientów. Jednak istnieje pewne niebezpieczeństwo w stosunku do produktów uważane dotychczas za prestiżowe, które wraz z obniżką ceny mogą stracić swój

¹²⁰ G. Karasiewicz, *Marketingowe ...*, op.cit., s. 198-211.

wizerunek, a równocześnie dotychczasowych nabywców. Dlatego też strategia cen wysokich może występować w dwóch wariantach:

- a) zbierania śmietanki (*skimming*),
- b) strategii cen prestiżowych.

Pierwszy z nich polega na ustanowieniu relatywnie wysokiej ceny wprowadzonej na rynek produktu/usługi, co daje przedsiębiorstwu możliwość osiągnięcia znacznego zysku jednostkowego i jest skierowany do „śmietanki” nabywców, a więc do tych, dla których cena nie stanowi istotnej bariery w procesie zakupu.

Możliwość zastosowania i skuteczność strategii *skimming* zależy od spełnienia następujących warunków¹²¹:

- produkt/usługę charakteryzuje względnie niski poziom cenowej elastyczności popytu ze względu na przykład na brak atrakcyjnych substytutów (warunek ten dotyczy tylko pewnego ograniczonego segmentu nabywców, dla których wprowadzany produkt stanowi istotną wartość),
- istnieje zupełny brak lub niewielka konkurencja, warunek możliwy w przypadku gdy poziom technologiczny produktu jest wysoki, gdy jest on opatentowany, gdy firma działa w warunkach monopolu lub istnieją inne bariery formalne bądź nieformalne, pozwalające na odpowiednie wykreowanie produktu, na stworzenie nowego wizerunku, co da możliwość utrzymania wysokiej ceny nawet po pojawieniu się konkurencji,
- nowo wprowadzany produkt, posiada ponadprzeciętne cechy, które w jakiś sposób rekompensują nabywcom jego wysoką cenę, np.: szczególnie wysoka jakość, nowatorskie rozwiązania techniczne, unikatowość czy korzystny wizerunek produktu w segmencie, do którego jest adresowany,
- przedsiębiorstwo dysponuje ograniczonymi zdolnościami produkcyjnymi i nie ma możliwości szybkiego ich zwiększenia; więcej strat może wówczas przynieść brak produktu na rynku i niemożność jego nabycia niż zmniejszona liczba klientów nie mogąca go kupić ze względu na wysoką cenę,
- znaczna zmienność poziomu kosztów i wysoki udział kosztów zmiennych w jednostkowych kosztach produktu – zastosowanie wówczas strategii *skimming* chroni wówczas przed stratami wynikającymi ze zróżnicowania poziomu kosztów w czasie.

Decydując się na zastosowanie strategii *skimming*, firma może liczyć na szybki zwrot poniesionych nakładów, niezbędnych w fazie rozwoju produktu i wprowadzaniu go na rynek.

¹²¹ H. Mruk, B. Pisarczyk, H. Szulce, *Marketing...*, op.cit., s. 162-163.

Za pomocą wysokiej ceny można również stworzyć odpowiedni wizerunek, a także sugerować szczególnie wysoką jakość produktu. Znaczną zaletą tej strategii jest uzyskanie wysokiego poziomu zysku brutto (różnica między ceną a kosztami jednostkowymi), co ułatwia firmie koncentrowanie się na obecnej sytuacji rynkowej, prowadzenie bardziej efektywnej akcji promocyjnej, a nie tylko troszczenie się o zapewnienie odpowiedniego poziomu kosztów.

Zagrożeniem wynikającym z realizacji strategii *skimming* może być szybkie przyciągnięcie konkurentów, szczególnie gdy nie istnieją w tym zakresie bariery, utrudniające im dostęp do rynku. Ryzyko firmy sprzedawcy polega również na tym, że zbyt wysoka cena może nie zostać zaakceptowana przez nabywców¹²².

Strategia cen prestiżowych ustalana jest przede wszystkim na artykuły luksusowe i związana jest z ich rzadkością i szczególnie cenionymi wartościami zaspokajania określonych potrzeb. W ofercie firm realizujących tą strategię dominują produkty/usługi najwyższej jakości, oferowane w krótkich seriach, ze szczególną dbałością o wszystkie detale. Procesowi sprzedaży towarzyszą często liczne dodatkowe usługi, a sprzedawcy nastawiają się na zaspokajanie indywidualnych wymagań nabywców o dochodach co najmniej kilkakrotnie przewyższających przeciętne. Bardzo wysoki poziom ceny ma upewnić nabywców, że cena odpowiada doskonałej jakości produktu/usługi, a zarazem jest adekwatna do osiągniętej przez nich pozycji społecznej i materialnej (np.: przelot *concordem*, rejs po morzach południowych, koncert gwiazdy, konsultacja u znanego profesora lub adwokata). Nabywcy tych usług nie pytają o cenę.

Strategia cen neutralnych polega na ustalaniu dla nowych produktów/usług ceny zbliżonej do przeciętnej dla danego rynku. Strategia ta zakłada ograniczenie konkurencji cenowej i przesunięcie ciężaru walki konkurencyjnej w kierunku instrumentów pozacenowych. Jest ona stosowana przez firmy oferujące produkty substytucyjne, o małej elastyczności cenowej popytu i stabilnym poziomie kosztów, aby zmniejszyć ryzyko błędnego ustalenia ceny.

Strategia cen neutralnych może być stosowana przez większość firm w danej branży w sytuacji, gdy jedna z nich pełni rolę lidera cenowego lub też gdy takiego lidera nie ma, ale znaczna część firm z różnych względów dostosowuje swoje ceny do cen przeciętnych na rynku. Warunkiem sukcesu firm stosujących tą strategię jest korzystne wyróżnienie pozacenowych atrybutów produktu/usługi na tle produktów/usług konkurencyjnych. Motywuje to nabywców do ich nabycia, ze względu na możliwość otrzymania większych

¹²² P. Waniowski, *Strategie...*, op.cit., s. 167-168.

korzyści za ta samą cenę.

Ostatnią grupą strategii cen jest strategia cen niskich (zwana inaczej strategią penetracji), polegająca na ustaleniu relatywnie niższej ceny niż przeciętne na danym rynku. Cena w tym przypadku, jest najważniejszą cechą wyróżniającą dany produkt od produktów konkurencyjnych. Niska cena, w fazie wprowadzania produktu/usługi na rynek ma zniechęcić potencjalnych konkurentów, zapewnić dynamiczny wzrost sprzedaży przez penetrację różnych segmentów rynku oraz ułatwić zdobycie dużego udziału w rynku.

Strategię tą można skutecznie zastosować gdy:

- popyt charakteryzuje się wysoką elastycznością cenową (niska cena ma zachęcić wielu nabywców do zakupu),
- występuje relatywna trudność i mała szybkość wprowadzenia na rynek konkurencyjnego produktu/usługi po podobnie niskiej cenie,
- przedsiębiorstwo koncentruje się na dużych segmentach rynku z równoczesną rezygnacją z niewielkich segmentów o specyficznych potrzebach i gustach,
- istnieje ograniczenie asortymentu oferowanych produktów do najczęściej kupowanych,
- rezygnuje się, a przynajmniej ogranicza dodatkowe usługi sprzedażowe i posprzedażowe.

Głównymi atutami przemawiającymi za strategią penetracji rynku jest stworzenie w krótkim czasie swoistej bariery rynkowej dla ewentualnych konkurentów, zniechęcenie konkurentów do podejmowania walki, osłabienie potencjalnej konkurencji oraz wzmocnienie pozycji firmy na rynku.

Strategia ta nie jest jednak pozbawiona ryzyka związanego z trudnościami przewidywania rozwoju sytuacji rynkowej w przyszłości. Główne niebezpieczeństwa wpływające z podjęcia takiej strategii, powodują:

- wysokie koszty jej realizacji,
- dość powszechne kojarzenie niskich cen z niską jakością produktów,
- zapewnienie w krótkim czasie znaczącego, ale bazującego na kruchych podstawach udziału w rynku, nie opartego na lojalności nabywców wobec produktu, marki czy też firmy.

Według L. Garbarskiego, I. Rutkowskiego i W. Wrzosa¹²³ wybór i kształtowanie cen zależy przede wszystkim od rodzajów oraz stopnia intensywności ograniczeń, jakie napotyka przedsiębiorstwo na rynku. Mogą to być zarówno ograniczenia stwarzane przez nabywców oraz konkurentów. Strategie cenowe powinny natomiast sprzyjać przewyżnianiu tych

¹²³ Szerzej: L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing...*, op. cit., s. 378.

ograniczeń, zarówno popytowych, jak i konkurencyjnych.

Inne podejście w zakresie wyboru określonej strategii cen usług przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Strategie cen usług

Rodzaj strategii	Cel strategii	Sposób osiągania celu	Przykłady zastosowania
Strategia różnicowania cen usług	• pobudzanie popytu w okresach spadku zamówień,	Różnicowanie poziomu cen według przyjętego kryterium, np. według: - czasu i pory świadczenia usług, - gotowości klienta do zapłacenia określonej ceny, - rodzaju usługi, - miejsca świadczenia, - terminu świadczenia.	• usługi telekomunikacyjne, • usługi ubezpieczeniowe, • usługi fryzjerskie, • usługi naprawcze, • usługi fotograficzne ekspresowe,
Strategia jednej ceny dla wszystkich odbiorców	• ochrona interesów średnich grup odbiorców (ceny urzędowe), • zapobieganie konkurencji cenowej (ceny regulowane),	Cena jest zawsze taka sama, niezależnie od tego, kto, kiedy i gdzie nabywa usługę lub z niej korzysta.	• usługi osobiste, • usługi oświatowe, • usługi medyczne, • usługi transportu publicznego,
Strategia kompensacyjna cen usług	• zdobycie nowych klientów, • pobudzenie popytu • konkurencyjność oferty usługowej,	Najbardziej podstawowe, popularne usługi wycenia się na niskim poziomie, a inne komplementarne na poziomie wyższym.	• usługi gastronomiczne, • usługi konsultingowe, • usługi hotelarskie,
Strategia wysokich cen (skimming)	• utrzymanie prestiżu ofert usługowej, • wprowadzanie na rynek usługi mającej charakter nowości, • maksymalizacja dochodów w krótkim okresie czasu,	Może być wykorzystywana w stosunku do klientów poszukujących usług o najwyższej jakości i akceptujących w zamian wysoką cenę usługi; najczęściej stosowana przez firmy posiadające wysoki prestiż i renomę na rynku.	• usługi montowania szyb fotochromowych, • usługi turystyczne o dużej atrakcyjności,
Strategia penetracji rynku usług	• pozyskanie jak największej liczby klientów, • konkurencyjność oferty usługowej,	Ustalanie ceny usługi na poziomie niższym niż ustalony przez konkurentów i jej utrzymanie.	• usługi konsultingowe, • usługi ubezpieczeniowe, • usługi transportu lotniczego,
Strategia obniżek cenowych	• racjonalizacja wykorzystania zdolności usługowych, • przesunięcie w czasie popytu na usługi, charakteryzujące się zmiennym w czasie zapotrzebowaniem, • promocja cenowa usługi,	Stosowanie opustów i rabatów cenowych, np.: przy zakupie większej ilości usług lub korzystaniu z usług poza sezonem.	• usługi transportu pasażerskiego, • usługi hotelarskie, • usługi ubezpieczeniowe, • usługi wynajmu samochodów, • usługi reklamowe,
Strategia określonej „linii cenowej”	• tworzenie oferty konkurencyjnej, • zdobycie nowych klientów,	Liczbę i jakość usług dostosowuje się do ceny, która jest dana; nieodzowne jest rozróżnienie stopnia atrakcyjności oferowanej ceny	• usługi transportu lotniczego, • usługi leasingowe,

		zależnie od poziomu usługi.	
Strategia przywództwa cenowego	• istnienie przedsiębiorstwa, będącego liderem w określaniu poziomu cen usług.	Ceny ustalone przez lidera w danej dziedzinie stanowią podstawę ustalanie cen przez inne firmy na własne usługi.	• usługi konsultingowe (rzeczoznawczo-kontrolne).

Źródło: M. Pluta-Olechnik, *Marketing usług. Idee. Zastosowania*, PWE, Warszawa 1994, s. 68-69.

Większość z zaprezentowanych strategii stosowana jest zarówno dla ustalania cen produktów jak i usług, jednak niektóre z nich posiadają pewną specyfikę swoistą tylko dla rynku usług.

2.3. Ceny usług medycznych – determinanty i problemy ich ustalania

W Polsce cena jest stosunkowo nowym pojęciem w dziedzinie zarządzania ochroną zdrowia. Może wynikać to z faktu częstego i błędnego zarazem przeświadczenia o całkowitej bezpłatności usług zakładów opieki zdrowotnej. Tymczasem cena jest nierozłącznym elementem kompozycji marketingowej również tych jednostek i analogicznie jak pozostałe umożliwia realizację ich celów, choć samo kształtowanie cen w jednostkach służby zdrowia może znacząco odbiegać od strategii cenowych podmiotów komercyjnych. Szczególnie jest to widoczne w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w których podstawowymi determinantami strategii cenowych są wyznaczone cele, ich warunki ekonomiczno-finansowe, źródła i stabilność ich zasilania oraz społeczna ranga zaspokajania potrzeb¹²⁴.

Cena w zakładach opieki zdrowotnej, tak jak i w innych jednostkach działających na rynku, powinna być narzędziem kalkulacji ekonomicznej i kryterium oceny efektywności ich działania oraz miernikiem oceny jakości dostarczanych świadczeń.

Problemem decyzyjnym, do rozwiązania dla menedżerów jednostek służby zdrowia, jest takie określenie poziomu cen, który zapewni świadczenie usług medycznych na wysokim poziomie, akceptowanym przez płatników i uzasadnionym stanem zdrowia pacjentów. Ponadto poziom ów winien umożliwić pozyskanie niezbędnych środków na sfinansowanie działalności statutowej jednostki.

W przypadku działalności zakładów opieki zdrowotnej cenę, z punktu widzenia nabywcy usług, można traktować jako koszty ponoszone przez niego samego. Koszty te mogą mieć wymiar:

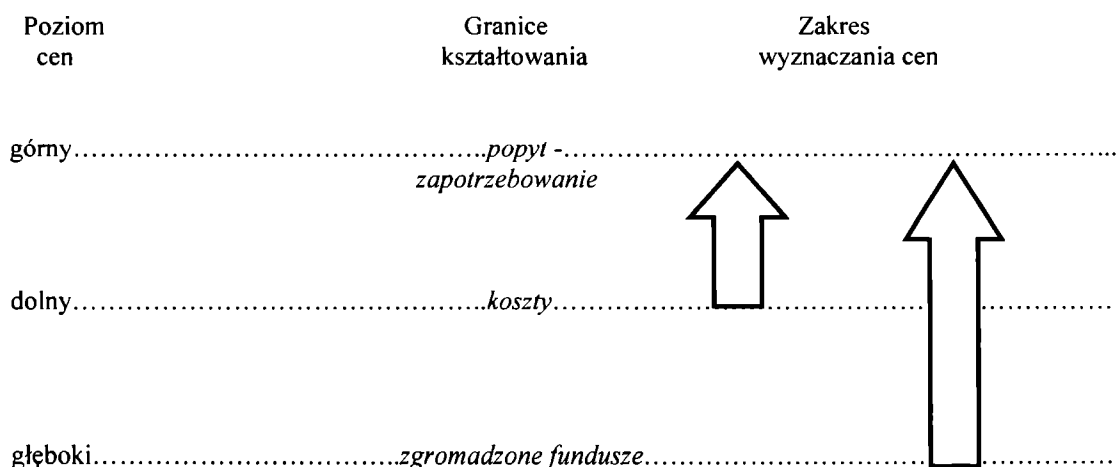
¹²⁴ Szerzej: J. Kogut, *Cena jako element marketingu usług zdrowotnych*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo PRINT GROUP Daniel Krzanowski, Szczecin 2005, s. 151-158.

- pieniężny, związany z zakupem produktów i usług oferowanych przez jednostkę (odpłatność całkowita lub częściowa) oraz ze zmianą zachowań pacjentów (np.: uczestnictwo w programie profilaktyki zdrowotnej może powodować konieczność opłacenia zalecanej terapii);
- społeczny, związany ze zmianą postaw i zachowań pacjenta, dotyczących postrzegania danej jednostki w grupie, do której należy;
- psychiczny, związany np. z lękiem przed badaniami specjalistycznymi, uczestnictwem w programach ochrony zdrowia (np. coroczna mammografia);
- pojmowany w kategoriach niedogodności, np. związany z oczekiwaniem na wyznaczoną wizytę lekarską lub zabieg.

Ogólnie rzecz ujmując, ceny usług medycznych mogą być kształtowane na podstawie: popytu (orientacja popytowa), kosztów (orientacja kosztowa) i cen produktów konkurencyjnych (orientacja konkurencyjna).

Dominującą i właściwą orientacją w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej wydaje się być orientacja kosztowa, która kalkuluje ceny na poziomie kosztów świadczenia usługi medycznej. Ponadto jednostki te, w swojej strategii cen, posługują się zasadą zróżnicowania odpłatności i rzadko ustalają cenę powyżej kosztów wytworzenia, ale najczęściej jest ona równa lub nawet niższa od kosztów a czasem także usługa świadczona jest nieodpłatnie. Schemat dotyczący przedziału kształtowania cen usług medycznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej przedstawia rysunek 18.

Rysunek 18. Kształtowanie poziomu cen w jednostkach *non-profit* i komercyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Iwankiewicz-Rak, *Marketing organizacji niedochodowych: wybrane problemy adaptacji w warunkach polskich*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 1999, s. 107.

Jak widać zakres poziomu kształtowania cen tych jednostek jest znacznie szerszy niż w przypadku podmiotów komercyjnych (np. prywatnej ochrony zdrowia). W jednostkach komercyjnych waha się on między poziomem górnym, uwarunkowanym popytem klientów, a dolnym, wyznaczonym przez koszty. W publicznej służbie zdrowia górny poziom cen usług medycznych wyznaczają możliwości finansowe płatników (Narodowy Fundusz Zdrowia, pacjenci) a dolny – poziom kosztów własnych. Ponadto wiele usług zdrowotnych może być świadczonych bezpłatnie np. w ramach promocji jednostki (np. tzw. białe niedziele). Ponadto o poziomie odpłatności za usługi medyczne decydują głównie czynniki związane ze społeczną rangą zaspokajanych potrzeb, a mniejsze znaczenie mają czynniki ekonomiczne.

Ustalając ceny na oferowane przez zakład opieki zdrowotnej usługi medyczne należy uwzględnić:

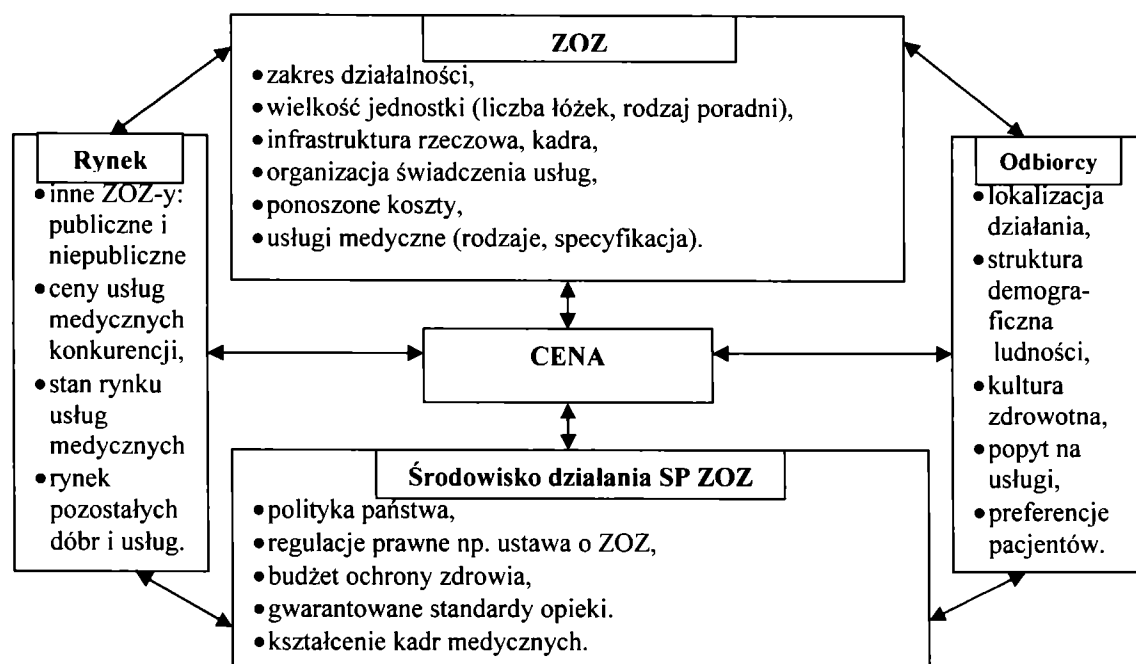
- cele polityki cenowej,
- wielkość popytu i preferencje pacjentów,
- poziom ponoszonych kosztów,
- jakość świadczonych usług medycznych przez konkurencję oraz ich cena, a także
- dobrać właściwą metodykę ustalania cen.

Decyzje cenowe zakładów opieki zdrowotnej muszą zatem uwzględniać oprócz czynników zewnętrznych, do których zalicza się w szczególności zachowanie potencjalnych pacjentów, konkurencję oraz ingerencję państwa, także czynniki wewnętrzne, takie jak rodzaj oferowanych usług, koszty ich świadczenia, potencjalne możliwości ich wykonania itp. Uwarunkowania decyzji cenowych usług medycznych zakładów opieki zdrowotnej przedstawia rysunek 19.

Istotną rolę w kształtowaniu cen usług medycznych odgrywa przyjęta przez jednostkę polityka cenowa. Konstruując zasady polityki cen na usługi medyczne należy zwrócić uwagę, aby cena pokryła koszty, nie odbiegała od cen konkurencji, była akceptowana przez płatnika, odzwierciedlała jakość usługi oraz była uzasadniona stanem zdrowia pacjenta¹²⁵.

¹²⁵ D. Skrzypska, *Koszty jako baza ustalanie cen na świadczenia medyczne*, [w:] *Rachunek kosztów usług medycznych i zarządzanie finansami w ochronie zdrowia*. Materiały na ogólnopolską konferencję naukową, Szczecin 2000, s. 195.

Rysunek 19. Determinanty ustalania cen usług medycznych zakładów opieki zdrowotnej



Źródło: D. Skrzypska, *Koszty jako...*, op .cit., s. 196.

Z powyższych rozważań wynika, że ustalanie cen usług medycznych nie jest zadaniem łatwym i wymaga ono znajomości rodzajów dostarczanych usług medycznych, stopnia rzadkości, możliwości standaryzacji. Niezbędne dla tego procesu są także informacje o kosztach rzeczywistych działalności zakładów opieki zdrowotnej i kosztach realizowanych przez nie usług medycznych, a także czynników kształtujących koszty. Istotnym jest także poznanie struktury kosztów i ich reakcji na zmiany wielkości świadczonych usług. Ważne jest też określenie, jakie koszty powinny stanowić konstrukcję nośną cen usług medycznych. Czy będą to¹²⁶:

- koszty faktyczne bieżącego okresu, czy też planowane,
- koszty zależne od jednostki, czy średnie koszty określonych usług na rynku,
- koszty stałe czy zmienne.

Warto również dodać, iż dla potrzeb podejmowania decyzji cenowych ważna jest znajomość kosztów przyszłych i bieżących. Wiąże się to z potrzebą antycypowania tych elementów struktury kosztów, których zmiany są bardziej prawdopodobne w przyszłości. Będzie to sprzyjać prognozowaniu kosztów i efektów zakładu i ich struktury, a także przewidywaniu przychodów.

¹²⁶ J. Kogut, *Cena jako element rynku usług zdrowotnych*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, Uniwersytet szczeciński, Szczecin 2006, 453-460.

Informacje kosztowe są więc istotne dla każdego zakładu przy podejmowaniu zarówno decyzji krótkookresowych, jak i strategicznych, podczas planowania działalności, monitorowania realizacji działań, kontroli kosztów czy też przy podejmowaniu działań zmierzających do racjonalizacji funkcjonowania.

Niewątpliwie informacje te powinny być podstawą prowadzenia negocjacji, a następnie ustalania właściwej, czyli gwarantującej odpowiedni poziom finansowania jednostki, ceny rozliczeniowej z płatnikami (głównie z Narodowym Funduszem Zdrowia).

Podstawą wszystkich tych decyzji są koszty i rentowność świadczonych usług, a kluczową rolę odgrywa rzeczywisty koszt jednostkowy tych usług. Prawdliwość i dokładność obliczenia kosztu jednostkowego i jego struktury zależy przede wszystkim od jakości i stopnia szczegółowości rachunku kosztów oraz zastosowania właściwej metody kalkulacji uwzględniającą specyfikę działalności danej jednostki i sposób prowadzenia ewidencji kosztów¹²⁷.

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w obecnych warunkach, pokazuje, że jednostki te, zasilane głównie ze środków budżetowych nie są w stanie zaspokoić swoich potrzeb finansowych. Kwoty przeznaczane przez płatnika na zakup świadczeń medycznych były i są, w opinii świadczeniodawców, za niskie. Jednak do tej pory nikt nie odpowiedział na pytania:

- o ile za niskie,
- jakie kryteria pozwoliły na określenie poziomu niedofinansowania?

Fakt coraz większego przyrostu zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej, nie może być jedynie podstawą do wyciągania wniosków o zły wycenienie zakupywanych usług. Problem tkwi także w braku odpowiednich mechanizmów, które pozwolą na racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów, na racjonalne działanie zakładów opieki zdrowotnej¹²⁸. Jednym z mechanizmów wspomagającym racjonalność decyzji podejmowanych w zakładzie opieki zdrowotnej, jak i dającym, w obliczu ograniczonych możliwości finansowych, zaspokoić potrzeby zdrowotne, jest standaryzacja usług medycznych i związana z nim standaryzacja ich wyceny.

Podjmując próbę zdefiniowania pojęcia standardu medycznego, a co za tym idzie procesu, jakim jest standaryzacja, należy określić termin samego „standardu”, który określany

¹²⁷ K. Sawicki (red.), *Rachunek kosztów*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996, s. 152.

¹²⁸ „Racjonalne działanie to takie działanie, które ma na celu osiągnięcie zamierzonego efektu, przy optymalnym wykorzystaniu posiadanej wiedzy i innych narzędzi”, J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Wyd. Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 113.

jest jako „...jakość towarów, świadczeń, usług odpowiadająca określonym normom lub podstawowym wymogom...”¹²⁹ lub też „...powszechnie przyjęty, przeciętny model...”¹³⁰.

Na podstawie przedstawionych definicji, można podjąć próbę zdefiniowania pojęcia standardu medycznego, za który uważa się „...powszechnie określony sposób (algorytm) realizacji świadczeń medycznych, czyli leczenia danej jednostki chorobowej, oparty na aktualnej wiedzy medycznej, potwierdzony przez prowadzone badania i powszechnie akceptowany oraz przyjęty przez środowisko medyczne w drodze odpowiednich ustaleń organizacji reprezentujących to środowisko (Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, organizacje powołane w celu ustalenie standardów medycznych)...”¹³¹.

M. Kautsch i J. Klich¹³² określają standard postępowania medycznego jako „...wypracowaną i stosowaną przez zespół lekarski metodykę prowadzenia chorego w danej jednostce chorobowej...” A. Makselon-Jarząbek¹³³ uważa, iż stanowi on „...opis, zalecenie skierowane do lekarzy praktykujących oraz pacjentów...i określa właściwe formy opieki zdrowotnej stosowanej w konkretnych uwarunkowaniach medycznych...” Natomiast M. Smoleń¹³⁴ definiuje standard medyczny jako „...minimalny zestaw procedur medycznych przypisanych danemu przypadkowi chorobowemu, koniecznych do diagnozowania i wyleczenia pacjenta, zastosowanych zgodnie z wymogami wiedzy medycznej gwarantujących pacjentowi bezpieczeństwo. Standardy powinny być określone w zależności od stopnia złożoności i komplikacji danego przypadku chorobowego, a w sytuacji leczenia szpitalnego powinny określać średni czas pobytu pacjenta w szpitalu...”.

Standardy medyczne mają zagwarantować korzystającym z opieki zdrowotnej świadczenia najwyższej jakości, biorąc pod uwagę realne możliwości służby zdrowia. Z drugiej strony powinny one zapewnić pewne minimum, które publiczny system zdrowia zobowiązuje się spełnić wobec obywateli.

Standardy powinny służyć przede wszystkim poprawie efektywności i skuteczności stosowanych procedur medycznych. Celem ich stosowania jest uzyskanie najlepszego efektu

¹²⁹ E. Sobol (red.), *Nowy słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2003, s. 954.

¹³⁰ Ibidem, s. 954.

¹³¹ A. Szewieczek, *Wpływ standardów postępowania medycznego na kształtowanie rozwiązań rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Standardy rachunkowości wobec wyzwań współczesnej gospodarki*, Tom III, Akademia Ekonomiczna, Katowice 2006, s. 158.

¹³² M. Kautsch, J. Klich, *Próba oceny samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej*, http://www.nik.gov.pl/docs/kp/2003_2.pdf.

¹³³ A. Makselon-Jarząbek, *Standard postępowania medycznego*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=415.

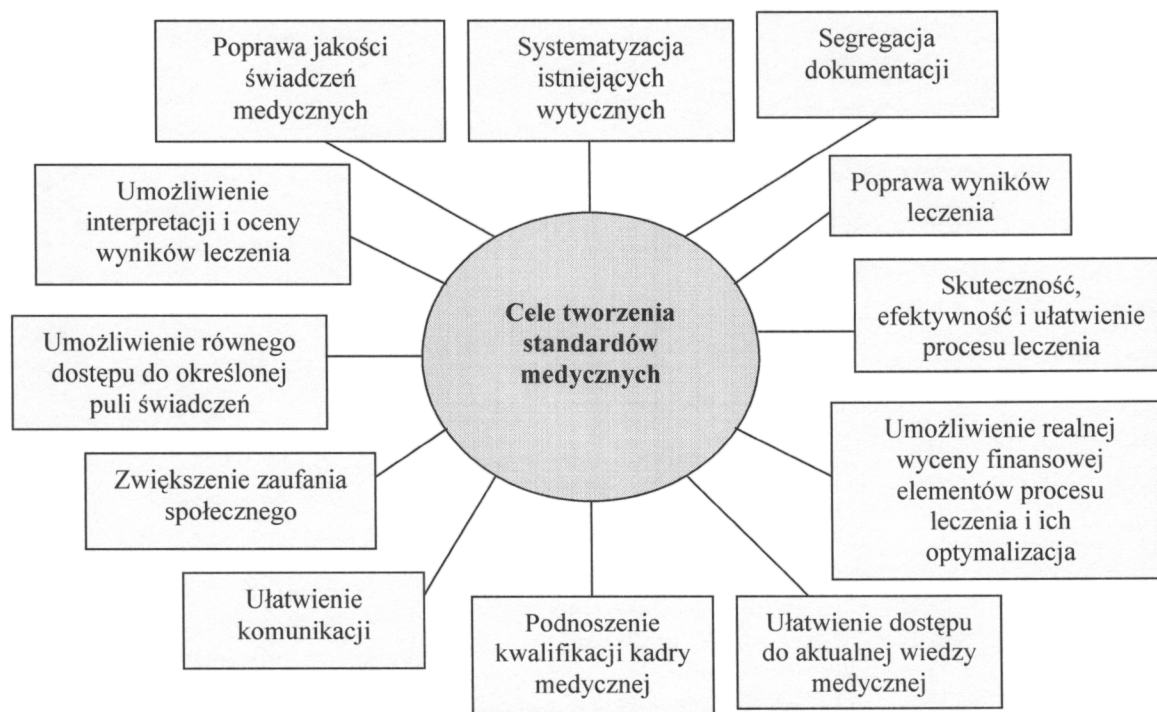
¹³⁴ M. M. Smoleń, *Koszty, procedury i standardy postępowania medycznego w zakładach opieki zdrowotnej*, cz. II, Służba Zdrowia., Nr 29-30/1999, s. 8.

zdrowotnego przez wykorzystanie możliwie najtańszych świadczeń w kontekście środków finansowych przeznaczonych na leczenie pacjenta. Standard medyczny powinien oznaczać metodę, która powinna być realizowana i stosowana w celu uzyskania poprawy zdrowia. Oparty jest on na bardzo silnych, wiarygodnych przesłankach, dla których podstawą są aktualne wyniki wiedzy mające istotny wpływ na jakość i skuteczność udzielanych świadczeń. Podstawowe cele tworzenia standardów medycznych prezentuje rysunek 20.

Standard postępowania medycznego obejmuje opis następujących elementów:

- kwalifikacji personelu medycznego uczestniczącego w wykonywaniu świadczenia medycznego z uwzględnieniem posiadanych specjalizacji i doświadczenia,
- relacji kompetencyjnych występujących pomiędzy personelem wykonującym świadczenie medyczne,
- kolejności wykonywania czynności medycznych w procesie diagnostyczno – leczniczym,
- wykorzystywanych technologii medycznych,
- procedur medycznych z uwzględnieniem ich kolejności oraz warunków wykonywania w procesie diagnostyczno-leczniczym,
- stosowanych środków farmaceutycznych.

Rysunek 20. Cele tworzenia standardów medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michalak, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Ośrodek Wydawniczy „Augustana”, Bielsko-Biała 2007, s. 112.

Konstruując standardy postępowania medycznego powinno się uwzględniać:

- 1) grupę chorych lub pojedynczego chorego w przypadku gdy schorzenie występuje bardzo rzadko,
- 2) postępowanie na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-leczniczego (prewencja, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja),
- 3) zalecenia WHO oraz innych instytucji międzynarodowych,
- 4) czynniki modyfikujące standardowe postępowanie medyczne,
- 5) wyniki analiz koszt-efekt, koszt-korzyść lub koszt użyteczność.

Ponieważ różne sposoby leczenia danego schorzenia mogą przynosić podobne, równie słuszne z punktu widzenia wiedzy medycznej efekty, ale jednocześnie mogą charakteryzować się dużym zróżnicowaniem form i kosztów leczenia, standardy medyczne powinny określać takie sposoby leczenia, które prowadzą do uzyskania najlepszej spośród wszystkich możliwych relacji koszt-korzyść, koszt-efekt albo koszt użyteczność¹³⁵. Tym samym wprowadzenie standardów postępowania medycznego powinno doprowadzić do zaniechania stosowania działań medycznych przestarzałych, nieefektywnych, nieskutecznych, niekorzystnych, albo też takich, których skutki są wątpliwe lub nie zostały naukowo potwierdzone z jednoczesnym wskazaniem działań medycznych skutecznych.

Opracowanie standardów powinno być wolne od nacisków politycznych oraz wpływów zainteresowanych grup, a oparte przede wszystkim na obiektywnych przesłankach i uwarunkowaniach medycznych oraz ekonomicznych. W procesie tym należy zastosować wyniki Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (EBM – Evidence Based Medicine),

¹³⁵ *Analiza koszt-korzyść* zajmuje się mierzaniem w jednostkach pieniężnych korzyści uzyskanych dzięki poniesieniu kosztów. W drodze wartościowej wyceny uzyskanych korzyści, analiza ta pozwala na porównanie różnych opcji działania, różnych programów medycznych, szczególnie w sytuacji ograniczonych środków finansowych. Wśród uzyskanych korzyści można wyróżnić m.in.: liczbę dodanych lat życia, uratowanie życia, zmniejszenie bólu, liczbę zaoszczędzonych dni absencji chorobowej w pracy. Za najbardziej pożądaną uważa się opcję, która pozwala na uzyskanie najniższej relacji poniesionych kosztów do uzyskanych korzyści lub największej wartości korzyści netto (koszty-korzyści). W analizie te pojawia się jednak problem prawidłowej wyceny uzyskanych korzyści.

Analiza koszt-efekt zajmie się mierzaniem w jednostkach naturalnych efektów uzyskanych w wyniku poniesienia kosztów, np. dodatkowe lata życia, liczba zaoszczędzonych dni absencji w pracy itp. Stosowana jest w sytuacji, gdy różne opcje działania różnią się stopniem realizacji założonego celu lub różne są i koszty i efekty możliwych sposobów osiągnięcia założonych celów.

Analiza koszt-użyteczność wykorzystywana jest do oceny kilku opcji (programów) działania, które w wyniku poniesienia kosztów doprowadzą do uzyskania różnych efektów wyrażonych w jednostkach naturalnych. Efekty te wyrażone są jako kategorie użyteczności lub jakości. Analiza ta mierzy efekt w postaci jakości życia osiągniętej lub utraconej w wyniku poniesienia kosztów, zazwyczaj przy wykorzystaniu wskaźnika QALY (dodane lata życia w dobrym zdrowiu).

Szerzej zob.: K. Kissimova-Skarbek, *Analizy ekonomiczne w opiece zdrowotnej* [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, S. Paździoch, A. Ryś (red.), Vesalius, Kraków 1996, s. 165-184. P. Kawalec, *Analiza wydajności kosztów (koszt-korzyść)*, Antidotum 2002, nr 6, I. Rydlewska-Liszkowska, *Ewaluacja ekonomiczna w procesach decyzyjnych w opiece zdrowotnej* [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzie pracy menedżera*, A. Frąckiewicz-Wronka (red.), AE, Wrocław 2001, s. 99-101.

której celem jest przedstawienie obiektywnej opinii o efektywności danej technologii medycznej, formułowanej o modyfikowanej na podstawie najnowych doniesień literatury medycznej.

Ponadto ustalanie standardów medycznych jest ściśle powiązane z opracowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych¹³⁶.

Analizując efekty ekonomiczne, wynikające z wdrożenia standardów medycznych można wskazać następujące ich rodzaje¹³⁷:

- ustalenie średnich kosztów leczenia przypadków chorobowych jednolitych w skali całego kraju, z uwzględnieniem zastosowanych form leczenia, co da możliwość szczegółowej oceny kosztów tych szpitali, które wykazują koszty odbiegające od wartości przeciętnych,
- ujednolicenie i dostosowanie do rzeczywistych poziomów kosztów realizacji stawek opłat kontraktowych (cen) za leczenia poszczególnych przypadków chorobowych lub ich grup, co prowadzić może do ograniczenia rosnącego zadłużenia tych jednostek,
- wzrost jakości świadczonych usług w zakładach, które wdrożyły standardy, skutkujący wzrostem zainteresowania pacjentów daną jednostką, a także ostateczne zwiększeniem jej przychodów,
- wprowadzenie systemu ratingu szpitali w oparciu o poziom ponoszonych kosztów leczenia i stosowanie standardów medycznych, wykorzystywane m.in. w procesie kontraktowania usług medycznych,
- prowadzenie do racjonalizacji kosztów leczenia, a co za tym idzie ograniczenia nadużyć i marnotrawstwa zasobów rzeczowych i osobowych.

Wprowadzenie standardów postępowania medycznego wpłynie na system informacyjny rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej, ponieważ jednostki zastosują jednakowe, ujednolicone zasady ewidencji zdarzeń gospodarczych dotyczących ponoszonych kosztów realizacji usług medycznych w ramach danej jednostki chorobowej. Jednakowe będą bowiem nośniki kosztów. Przyczyni się to także do zwiększenia porównywalności sprawozdań

¹³⁶ W różnego typu publikacjach spotyka się mniej lub bardziej trafne sformułowania, które oddają istotę tej koncepcji. Wśród nich można wyróżnić następujące: „...wykaz świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a wykonywanych w technologiach o potwierdzonej naukowo skuteczności i w warunkach zapewniających standardy bezpieczeństwa...” (R. Orliński, *Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych a finansowanie służby zdrowia*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, ZN nr 478, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2007, s. 250) „...określony zbiór decyzji i procedur prowadzących do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych..., zapewniający społeczeństwu (beneficjentom systemu) możliwie największego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej...” („*Koszyk świadczeń gwarantowanych – część I*”, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf).

¹³⁷ A. Szewieczek, *Wpływ standardów...*, op. cit., s. 161.

finansowych zakładów opieki zdrowotnej, a analiza tych sprawozdań, zawierających informacje o rodzajach, ilości i kosztach realizowanych świadczeń, pozwoli na porównywalność informacji kosztowej generowanej przez te zakłady. Wyeliminowana, bowiem zostanie sytuacja, gdy zróżnicowanie jednostkowych kosztów realizowanych usług medycznych wynikać będzie z zastosowania odmiennych metod postępowania medycznego. Ponadto przyjęcie jednakowych standardów postępowania będzie rzutowało na ujednolicenie szczegółowych zasad rozliczania kosztów tych procedur i ich szczegółowych elementów.

Wynika więc z tego, że wprowadzenie standardów postępowania medycznego, poprzez wpływ przede wszystkim na procedury rozliczania kosztów świadczeń medycznych, doprowadzi do ujednolicenia szczegółowych rozwiązań rachunkowości w zakładach opieki zdrowotnej, skutkujących następnie wzrostem porównywalności kosztu wytworzenia poszczególnych świadczeń oraz bardziej dokładnym planowaniem kosztów działalności¹³⁸.

Ponadto opracowanie, wdrożenie oraz monitorowanie w zakładach opieki zdrowotnej tych standardów stanie się istotnym czynnikiem racjonalizacji kosztów leczenia, gdyż pozwoli na kontrolę pracy personelu medycznego, kontrolę realizowanych procedur oraz zastosowanych leków. Standardy te umożliwią także obliczanie kosztów usług medycznych na potrzeby negocjacji z płatnikiem, a także indywidualnych kosztów leczenia¹³⁹.

Aktualnie dąży się do opłacania przez płatnika publicznego (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) rzeczywistych kosztów wykonywanych świadczeń, jednak dopóki nie zostaną opracowane i wdrożone jednolite standardy postępowania medycznego, taki sposób finansowania jest niemożliwy do realizacji. Wynika to z tego, iż w przypadku stosowania niejednorodnych sposobów leczenia takiego samego lub podobnego przypadku chorobowego, nie jest możliwe ustalenie, na podstawie informacji pochodzących od świadczeniodawców, racjonalnego poziomu kosztów tego leczenia oraz sprawdzenie czy nie dochodzi do nadużyć czy marnotrawstwa zasobów rzeczowych i osobowych. Porównywanie kosztów leczenia przypadków chorobowych w różnych szpitalach, w których zastosowano różne metody ich leczenia nie przynosi żadnych współmiernych efektów oraz nie danej możliwości pełnej porównywalności tych jednostek.

Wykorzystanie standardów medycznych w rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej może być oparte na różnym poziomie szczegółowości rozliczania kosztów w zależności od istniejących warunków sprzętowych, a także specyfiki procesu leczenia danego przypadku chorobowego oraz zgłaszanych potrzeb informacyjnych. Możliwe jest np. ustalenie kosztów

¹³⁸ Ibidem, s. 165.

¹³⁹ M. Kautsch, J. Klich, *Próba oceny...*, op. cit.

średniego podstawowego procesu leczenia, w celu sfinansowania tej kwoty przez płatnika. Natomiast zapewnienie pacjentowi innych, ponadstandardowych warunków leczenia, na poziomie wyższym od finansowanego przez płatnika będzie podlegało dodatkowej opłacie przez pacjenta¹⁴⁰. Zrozumiałe jest bowiem, że pewien poziom uogólnienia musi być przyjęty, gdyż nie jest możliwe ujednolicenie wszystkich postępowań medycznych. Innym sposobem jest standaryzacja pewnych stałych elementów działań medycznych i liczenie kosztów średnich tylko tej części, pozostałych zaś nie i pozostawienie w tym zakresie swobody decyzyjnej.

Analizując powyższe rozważania, można zatem stwierdzić iż ustalanie cen usług medycznych wymaga opracowania i wdrożenia odpowiedniej metodyki ich wyceny. Metodyka ta powinna mieć charakter uniwersalny i otwarty i dotyczyć wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej. Prawidłowa wycena każdego świadczenia musi natomiast opierać się na wiarygodnych, wartościowych i porównywalnych informacjach kosztowych uzyskiwanych z rachunku kosztów. Zgromadzenie niezbędnych informacji zarówno o charakterze kosztowym, jak i statystycznym jest możliwe dzięki wprowadzeniu standardów postępowania medycznego. Standardy te stanowią bowiem wytyczne i wskazówki zarówno dla świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców oraz narzędzie oceny efektywności ekonomicznej stosowanych procedur.

Wdrożenie standardów medycznych w praktyce jest ważnym mechanizmem racjonalizacji kosztów świadczonych usług medycznych, a ustalenie średnich jednostkowych kosztów leczenia konkretnych jednostek chorobowych pozwoli, na profesjonalne i oparte na rzeczywistych wartościach, negocjacje cen oferowanych przez płatnika, a więc wpłynie na poziom przychodów uzyskiwanych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Ponadto standardy te mogą być ważnym instrumentem wykorzystywanym w rachunkowości zarządczej tych jednostek, gdyż podstawą podejmowania decyzji zarządczych (np. ustalania cen) jest informacja, która pochodzi z systemu informacyjnego rachunkowości i najważniejsze jest aby była ona wiarygodna.

¹⁴⁰ W większości krajów Unii Europejskiej obowiązuje zasada współpłacenia za niektóre usługi medyczne. Obecnie w Polsce nie jest to jeszcze realizowane, ale jak wynika z projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej już od 2009 roku pacjent będzie mógł zapłacić publicznemu szpitalowi za lepszy pokój, dodatkową opiekę pielęgniarzką czy badania wykonane bardziej nowoczesną metodą, a więc szpital będzie miał możliwość pobieranie opłat za usługi ponadstandardowe. Wymaga to jednak określenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

Rozdział 3

SPECYFIKA KOSZTÓW W PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. Koszty jako podstawa podejmowania decyzji zarządczych

Sprawne i efektywne zarządzanie jednostką gospodarczą wymaga nie tylko odpowiedniej wiedzy i doświadczenia kadry zarządzającej, ale również dostarczenia użytecznych informacji, pochodzących m.in. z rachunkowości, do podejmowania decyzji. Skuteczność podejmowanych decyzji zależy od jakości oraz szybkości otrzymanych informacji rachunkowych, które będą rzutować na „przyszłość” jednostki gospodarczej.

Podstawowym kryterium branym pod uwagę w procesie podejmowania większości decyzji są *koszty* prowadzonej działalności. Istota kosztów polega na wykorzystaniu różnych czynników produkcji w związku z wytwarzaniem wyrobów, czy świadczeniem usług.

Pojęcie kosztu nie jest pojęciem jednoznacznym, a w literaturze przedmiotu znajduje się wiele definicji i opinii charakteryzujących tą kategorię. Również w mowie potocznej używa się słowa „koszty” i słów im pokrewnych w bardzo różnorodnym znaczeniu. Dlatego niezbędne jest przed rozpoczęciem dalszych rozważań wieloaspektowe zdefiniowanie pojęć kosztowych i pojęć im bliskoznacznych.

W najprostszym ujęciu *koszt* „...mierzony jest za pomocą bieżącej wartości zasobów ekonomicznych dotychczas zużytych lub przeznaczonych do zużycia dopiero w przyszłości w celu uzyskania dóbr lub usług...”¹⁴¹. Zdaniem C. Kochalskiego *koszty* to „...środki poświęcone przez jednostkę gospodarczą dla zaspokojenia potrzeb klientów...”¹⁴². Wiąza się one z przepływem wartości, to jest „...poświęceniem jednej wartości na rzecz pozyskania innej...”. K. Sawicki określa tym mianem „...wyrażone w pieniądzu celowe zużycie składników majątku trwałego i obrotowego, usług obcych, nakładów pracy pracowników oraz niektóre wydatki nie stanowiące zużycia, związane z prowadzeniem normalnej działalności przez jednostkę gospodarczą w określonej jednostce czasu...”¹⁴³. Z kolei E. Burzymowa za koszty przedsiębiorstwa uznaje niezbędne (to jest gospodarczo i społecznie uzasadnione) zużycie środków rzeczowych oraz usług obcych a także niezbędne wykorzystanie pracy

¹⁴¹ E.A. Hendriksen, M.F. V Breda, *Teoria rachunkowości*, PWN, Warszawa 2002, s. 381.

¹⁴² C. Kochalski, *Analiza kosztów własnych w zarządzaniu strategicznym przedsiębiorstw przemysłowych*, AE Poznań, Poznań 2000, s. 67.,

¹⁴³ K. Sawicki (red.), *Rachunek...*, op.cit., s.2.

żywej, wyrażone w płacach, związane z wytwarzaniem użytecznych wyrobów w danym okresie na jakimkolwiek odcinku działalności¹⁴⁴.

Jak więc widać, koszt reprezentuje wartość utraconą podczas osiągania wyznaczonego celu. Aspekt utraty wartości w procesie ponoszenia kosztów podkreślany jest także przez innych autorów. A. Jaruga określa koszty jako „...wyrażone w pieniądzu zasoby (dobra i usługi) użyte (wydatkowane) w celu osiągnięcia bieżących i przyszłych korzyści...”¹⁴⁵. Podobnie definicję kosztu formułuje D. Sołtys, według której koszt „...można określić jako wyrażone wartościowo celowe zużycie pracy żywej i zasobów majątkowych (czynników działalności) przedsiębiorstwa ponoszone dla uzyskania określonego użytecznego efektu...”¹⁴⁶. Inną definicję tego pojęcia można znaleźć w pracy D. Myddeltona, dla którego „...kosztem czegoś jest to, co musimy ponieść, żeby to coś otrzymać. Jest to często pieniądz..., chociaż nie musi nim być, może to być czas lub jakikolwiek inny rzadki zasób...”¹⁴⁷.

Na podstawie przytoczonych definicji można zatem wywnioskować, iż *koszty* stanowią wartościowy wyraz celowego wykorzystania zasobów majątkowych jednostki gospodarczej, związanego z jego normalną działalnością. Owe wykorzystanie oznacza zarówno zużycie danego składnika majątkowego, jak i zmniejszanie stanu składnika, np. wydatki związane z uregulowaniem podatku od nieruchomości, opłat notarialnych, sądowych, skarbowych, składki ZUS itp., które są zaliczane do kosztów na podstawie obowiązujących regulacji prawnych. Takie podejście do postrzegania kategorii kosztu określa się mianem ujęcia zawężonego.

Rozszerzona interpretacja kosztu dokonywana jest w kontekście bilansowo – sprawozdawczym, a *koszt* postrzegany w sposób rozszerzony jest definiowany m.in. w założeniach koncepcyjnych sporządzania i prezentacji sprawozdań finansowych Międzynarodowych Standardach Rachunkowości (MSR), w których za koszty uznaje się „...zmniejszenia korzyści ekonomicznych w trakcie okresu obrotowego w formie rozchodu lub spadku wartości aktywów albo powstania zobowiązań, powodujące zmniejszenie kapitału własnego, z wyjątkiem podziału kapitału na rzecz właścicieli...”¹⁴⁸. Tak rozumiana definicja

¹⁴⁴ E. Burzym, *Rachunkowość przedsiębiorstw i instytucji*, PWE, Warszawa 1980, s. 177.

¹⁴⁵ A. Jaruga, W.A. Nowak, A. Szychta, *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, Łódź 1999, s. 117.

¹⁴⁶ D. Sołtys (red.), *Rachunek kosztów. Elementy rachunkowości zarządczej*, AE Wrocław, Wrocław 1999, s. 7.

¹⁴⁷ D. Myddelton, *Rachunkowość i decyzje finansowe*, PWE, Warszawa 1996, s. 184.

¹⁴⁸ *Międzynarodowe Standardy Rachunkowości 2001*, International Accounting Standards Committee, Londyn 2001, s. 72.

obejmuje zarówno koszty, które powstają w wyniku podstawowej działalności gospodarczej, jak i straty wynikłe ze zdarzeń nadzwyczajnych.

Analogiczna do założeń koncepcyjnych MSR definicja kosztów i strat zawarta jest w polskim prawie bilansowym. Obowiązująca w Polsce ustawa o rachunkowości¹⁴⁹ określa koszty jako „...uprawdopodobnione zmniejszenia w okresie sprawozdawczym korzyści ekonomicznych o wiarygodnie określonej wartości, w formie zmniejszenia wartości aktywów, albo zwiększenia wartości zobowiązań i rezerw, które doprowadzą do zmniejszenia kapitału własnego lub zwiększenia jego niedoboru w inny sposób niż wycofanie środków przez udziałowców lub właścicieli...”¹⁵⁰.

Rozszerzone postrzeganie tego pojęcia charakteryzuje się kilkoma elementami, w którym koszt¹⁵¹:

- 1) oznacza zmniejszenie korzyści ekonomicznych niezależnie od jego przyczyny, przez co może być rezultatem działania planowego, celowego, prowadzącego do zamierzonego celu gospodarczego, jak też wynikiem działania losowych, niepowtarzalnych, na które jednostka nie ma żadnego wpływu, jak np. straty nadzwyczajne;
- 2) identyfikuje w rezultacie wielkość zmian, jakie zaszły w bilansie zamknięcia danego okresu w porównaniu z bilansem otwarcia. Zmiany te mogą prowadzić zarówno do spadku wartości aktywów jednostki, jak też do zmniejszenia kapitałów własnych lub zwiększenia zobowiązań;
- 3) staje się kategorią statyczną, która abstrahuje całkowicie od identyfikacji i prezentacji kierunków i struktury strumieni zasobów, pozyskiwanych i rozchodowanych przez jednostkę w danym okresie;
- 4) nie pozwala określić wyniku finansowego w sposób analityczny, np. w przekroju poszczególnych rodzajów działalności, segmentów jednostki gospodarczej lub produktów.

Kategorią kosztu posługuje się zarówno rachunkowość finansowa, jak i zarządcza, ponieważ „...rachunek kosztów, stanowiąc fundament rachunkowości zarządczej, generuje informacje niezbędne dla rachunkowości finansowej...”¹⁵².

W rachunkowości zarządczej koszty rozumiane są jako „...wyrażający wartości tracone parametr rachunku mikroekonomicznego, prowadzonego w celu planowania i kontroli

¹⁴⁹ Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.).

¹⁵⁰ Art. 3 ust. 1 pkt 35 ustawy o rachunkowości.

¹⁵¹ M. Gmytrasiewicz (red.), *Encyklopedia rachunkowości*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005, s. 389.

¹⁵² A. Jaruga, W.A. Nowak, A. Szychta, *Rachunkowość zarządcza* ..., op.cit., s. 33.

dokonań jednostki gospodarczej...”¹⁵³. Ich zakresem obejmuje się koszty pozyskiwania, istnienia i wykorzystania lub używania zasobów, (a zatem koszty, których prawo bilansowe nie akceptuje) takie jak¹⁵⁴:

- koszty alternatywne (koszty utraconych korzyści),
- koszty wynikające z nieopłacenia pewnych czynników produkcji (np. pracy właściciela, kosztu kapitału własnego),
- koszty ryzyka prowadzonej działalności,
- koszty wynikające z zastosowań odtworzeniowej wartości zużywanych czynników produkcji, a nie ich cen historycznych.

Definicja kosztu pojawia się również w krajowych regulacjach podatkowych, z tym że ustawy o podatku dochodowym określają to pojęcie w sposób zdecydowanie uproszczony, zwracając uwagę głównie na ich rolę w powiązaniu z przychodami. Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych „...kosztami uzyskania przychodów z poszczególnego źródła są wszelkie koszty poniesione w celu osiągnięcia przychodów...”¹⁵⁵. Porównywalność kosztów z przychodami wymaga ich rozpatrywania w ściśle ustalonych okresach a warunkiem ponoszenia kosztów jest ich niepodważalny związek z przychodami opodatkowanymi. Nie ma zaś istotnego znaczenia przeznaczenie zużywanych zasobów oraz celowość i skuteczność zużycia. Ustawa szczegółowo określa pozycje kosztów nie stanowiących kosztów uzyskania przychodów (art. 16, ust. 1). Przy takim rozumieniu pojęcia kosztu akcentowane jest przede wszystkim podejście fiskalne do opisywanej kategorii¹⁵⁶.

Współcześnie do zakresu kosztów zalicza się obok zasobów rzeczowych (środki trwałe, materiały, wynagrodzenia pracowników) także zasoby niematerialne (wykształcony personel, kapitał intelektualny, wiedza, informacja, klienci itp.). Większość z tych zasobów zużywana jest bieżąco w procesie produkcyjnym i ujmowana ilościowo lub wartościowo. Natomiast niektóre z nich określa się mianem potencjału organizacyjnego (np. zdolności produkcyjne, utrzymanie infrastruktury jednostki gospodarczej w gotowości do działania), który może być ujmowany kwantytatywnie oraz jakościowo i opisowo.

Wykorzystanie informacji o kosztach na potrzeby zarządzania jednostką gospodarczą wymaga znajomości poszczególnych składników kosztów, czynników je kształtujących,

¹⁵³ J. Gierusz, *Koszty i przychody...*, op.cit., s. 67.

¹⁵⁴ A. Jaruga, W.A. Nowak, A. Szycha, *Rachunkowość zarządcza ...*, op.cit., s. 76-77..

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych – tekst jednolity (Dz. U. z 2000 Nr 54, poz. 654 z późn. zm.). Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych – tekst jednolity (Dz. U. z 2000 Nr 14, poz. 176 z późn. zm.).

¹⁵⁶ Szerzej o różnicach w regulacjach dotyczących zakresu kosztów uznawanych w prawie bilansowym i podatkowym traktuje pozycja: J. Gierusz, *Koszty i przychody w świetle nadrzędnych zasad rachunkowości. Pojęcia. Klasyfikacja. Zakres ujawnień*, ODDK, Gdańsk 2005, s. 66-76.

przyczyn ich powstania oraz wzajemnych proporcji i powiązań występujących między nimi. Wielkość ponoszonych kosztów przez jednostkę gospodarczą zależna jest od wielu czynników, których zakres, kierunek i siła oddziaływania są bardzo różne, co implikuje indywidualne podejście do każdego z nich. Na kształtowanie się kosztów oddziałują zazwyczaj jednocześnie, zarówno czynniki podstawowe, jak i uboczne (losowe), mierzalne i niemierzalne lub w części niewymierne. Do czynników mających największy wpływ na wielkość kosztów można zaliczyć¹⁵⁷:

- wielkość produkcji/świadczonych usług (ilościowo i wartościowo);
- rodzaj i asortyment produkcji/ świadczonych usług;
- zużycie czasu pracy, materiałów, urządzeń, usług obcych;
- ceny materiałów, narzędzi, stawki wynagrodzeń itp.;
- wyposażenie podmiotu w środki techniczne;
- stopień mechanizacji i automatyzacji procesów produkcyjnych/usługowych;
- warunki zaopatrzenia i zbytu, lokalizacja podmiotu.

Należy jednak podkreślić, iż danemu czynnikowi nie można jednoznacznie przypisać jego wpływu na wielkość poziomu kosztów, gdyż wzajemne powiązania między nimi są specyficzne dla każdego podmiotu produkcyjnego/usługowego, a co za tym idzie, również dla każdej branży produkcyjnej czy usługowej. W celu pełnego rozpoznania, wyodrębnienia i określenia tych czynników niezbędne wydaje się dokonanie prawidłowej klasyfikacji kosztów oraz zastosowanie odpowiedniego rachunku kosztów.

Ogromne zróżnicowanie kosztów powoduje więc potrzebę ich strukturalizacji według określonych cech. Cechy te określone są na podstawie znajomości mechanizmu powstawania kosztów, a także orientacji na temat zapotrzebowania na informacje kosztowe od użytkowników zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Przyjęte kryteria strukturalizacji kosztów i wyróżnione w ich ramach jednostki odniesienia kosztów stanowią podstawę konstrukcji systemu pomiaru i identyfikacji kosztów – rachunku kosztów.

Znajomość wysokości poszczególnych rodzajów kosztów, ich uwarunkowań oraz wzajemnych powiązań przesądza o przydatności informacji kosztowych w procesach podejmowania decyzji i kontroli. Wiedza o poszczególnych składnikach kosztów jest dla menedżerów źródłem informacji o przyczynach powstawania różnych kosztów i wzajemnych między nimi relacjach, daje możliwość ustalania wyników działalności przedsiębiorstwa i określania stopnia odpowiedzialności za wysokość ponoszonych kosztów. Zastosowanie w

¹⁵⁷ M. Biernacki, E. Janczyk-Strzała, R. Kowalak, *Koszty w zarządzaniu małym i średnim przedsiębiorstwem produkcyjnym*, AE Wrocław, Wrocław 2006, s. 40.

praktyce różnych kryteriów klasyfikacji ponoszonych kosztów daje możliwość uzyskania wieloprzekrojowego układu informacji o kosztach przedsiębiorstwa¹⁵⁸.

Ogólnie, kryteria klasyfikacyjne kosztów można podzielić na kryteria dla potrzeb ewidencyjnych w rachunkowości finansowej oraz dla potrzeb zarządzania jednostką w rachunkowości zarządczej.

Przekroje klasyfikacyjne kosztów wyodrębnione w rachunkowości finansowej wskazują na ich charakter ewidencyjny, dostosowany do zasad określonych w prawie bilansowym. Mogą być one wykorzystywane w celach obserwacji i badania struktury i dynamiki kosztów. Koszty i kryteria ich podziału wyodrębnione w rachunkowości finansowej zostały przedstawione w tabeli 18.

Tabela 18. Kryteria klasyfikacyjne kosztów w rachunkowości finansowej

Kryterium podziału	Pozycje kosztów
Rodzaj działalności podmiotu	Koszty działalności operacyjnej, Koszty działalności finansowej, Koszty związane z budową środków trwałych, Koszty związane z funduszami specjalnymi,
Sfera działalności (cel poniesienia)	Koszty zakupu, Koszty produkcji, Koszty zarządzania, Koszty sprzedaży,
Działalność gospodarcza	Koszty normalnej działalności operacyjnej, Pozostałe koszty operacyjne, Koszty finansowe,
Rodzaj kosztów	Amortyzacja, Zużycie materiałów i energii, Usługi obce, Podatki i opłaty, Wynagrodzenia, Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, Pozostałe koszty,
Miejsce powstawania kosztów	Koszty wydziałów podstawowych, Koszty wydziałów pomocniczych, Koszty zarządu, Koszty zakupu, Koszty sprzedaży,
Sposób odnoszenia kosztów na przedmiot kalkulacji	Koszty bezpośrednie, Koszty pośrednie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości zarządczej*, PWE, Warszawa 2006, s. 40.

Przedstawione przekroje klasyfikacyjne kosztów w dużej mierze odpowiadają potrzebom ewidencji, choć mogą być także przypisane operatywnym potrzebom zarządzania.

¹⁵⁸ D. Sołtys (red.), *Rachunek kosztów*, op.cit., s. 10.

Konsekwentne stosowanie przyjętego kryterium klasyfikacyjnego pozwala na systematyczne badanie, analizę i kontrolę kosztów w różnych okresach sprawozdawczych oraz ustalenie właściwych wniosków o kosztach danej grupy.

Klasyfikację kosztów dla potrzeb rachunkowości zarządczej można rozpatrywać z punktu widzenia potrzeb decyzyjnych, planowania krótkookresowego, kontroli budżetowej i analizy ekonomicznej. Wybór odpowiedniej koncepcji podziału kosztów jest uzależniony od rodzaju decyzji, warunków sprawowania kontroli, rozpiętości czasowej, możliwości zidentyfikowania dostępnych danych o kosztach, rodzaju prowadzonej działalności.

W procesie planowania, podejmowania decyzji i kontroli największe znaczenie mają przekroje klasyfikacyjne przedstawione w tabeli 19¹⁵⁹.

Tabela 19. Kryteria klasyfikacyjne kosztów w rachunkowości zarządczej

Kryterium podziału	Pozycje kosztów
Zależność od rozmiarów produkcji	Koszty stałe, Koszty zmienne,
Stopień wykorzystania zdolności produkcyjnych/usługowych	Koszty stałe użyteczne, Koszty stałe nieużyteczne,
Rola kosztów przy podejmowaniu decyzji	Koszty istotne, Koszty nieistotne,
Tryb ustalania kosztów	Koszty ustalone <i>ex ante</i> , Koszty ustalone <i>in tempora</i> , Koszty ustalone <i>ex post</i> ,
Inne cele decyzyjne	Koszty utraconych korzyści, Koszty zapadłe, Koszty uznaniowe,
Celowość i możliwość kontroli	Koszty kontrolowane, Koszty niekontrolowane,
Możliwość przypisania kosztów obiektom odniesienia	Koszty indywidualne, Koszty wspólne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości...*, op.cit., s. 43.

Zaprezentowane kryteria klasyfikacyjne kosztów wykazują wielorakie zależności i wskazują na możliwość grupowania kosztów w różnych układach. Podstawowym ich zadaniem jest zaspokojenie potrzeb informacyjnych osób podejmujących różnorodne decyzje. Każdy podział kosztów stanowi odrębną pozycję, ale jednocześnie są one wzajemnie powiązane i wykorzystywane w zarządzaniu¹⁶⁰.

¹⁵⁹ Rozwinięcie charakterystyki przedstawionych kategorii kosztowych zaprezentowano w dalszej części pracy.

¹⁶⁰ K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości...*, op.cit., s. 49.

Wybór przekrojów kosztowych stosowanych w jednostce gospodarczej zależy głównie od¹⁶¹: potrzeb informacyjnych jednostki, kosztów prowadzenia ewidencji, struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, stopnia skomplikowania procesów wytwórczych/usługowych, rodzaju i rozmiarów działalności, różnorodności oferowanych wyrobów czy usług.

Szczegółowych informacji o kosztach ponoszonych przez jednostkę gospodarczą dostarcza podsystem rachunkowości, określany mianem rachunku kosztów. Rachunek kosztów nie posiada jednoznacznej definicji, a w literaturze przedmiotu prezentowane są różne podejścia do tego zagadnienia. Różnice w definiowaniu dotyczą głównie jego zakresu, ale i poglądy w tym względzie zmieniają się w czasie na skutek przemian zachodzących w życiu gospodarczym. Można powiedzieć, że rachunek kosztów stanowi dyscyplinę zmieniającą się w czasie, podlegającą ciągłemu doskonaleniu, dostosowywaniu się do zmian zachodzących w jego podmiotach. Nie zmienia się jednak ogólny sens prowadzenia rachunku kosztów, a u jego podstaw wciąż, niezależnie od stawianych mu zadań i oczekiwań, leży ustalanie kosztów ponoszonych w jednostkach gospodarczych¹⁶².

Dla zobrazowania powyższej problematyki w tabeli 20 zaprezentowano wybrane definicje rachunku kosztów.

Tabela 20. Definicje rachunku kosztów - wybór

Autor	Definicja
Z. Fedak, <i>Rachunek kosztów produkcji przemysłowej. Zagadnienia wybrane</i> , PWE, Warszawa 1962, s. 8-9.	Ogół działań zmierzających do odzwierciedlenia procesów zaopatrzenia, produkcji i zbytu zachodzących w przedsiębiorstwie, poprzez ujęcie, zgrupowanie i interpretację w określonych przekrojach kosztów własnych wytworzenia i zbytu produktów pracy działalności przedsiębiorstwa, mierzonych ilościowo i wartościowo, za pewien okres, w celu uzyskania możliwie wszechstronnych informacji potrzebnych dla ustalenia wyników i kierowania przedsiębiorstwem lub ich zespołem.
Z. Messner, <i>Rachunek kosztów jako instrument operatywnego zarządzania przedsiębiorstwem przemysłowym</i> , PWN, Warszawa 1972, s. 18.	Część rachunkowości, która zajmuje się problemami dokumentacji, ewidencji, rozliczania i kalkulacji oraz sprawozdawczości w zakresie kosztów. Rachunek ten zajmuje centralne miejsce w systemie rachunkowości przedsiębiorstwa.
A. Jarugowa (red.), <i>Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza</i> , SKWP, Warszawa 1995, s. 6-7.	Badanie (identyfikacja, pomiar) i transformowanie, według przyjętego modelu, informacji o kosztach działalności podmiotu, służących użytkownikowi do oceny sytuacji, podejmowania decyzji ekonomicznych i kontroli ich realizacji (planowania i kontroli) oraz wyceny zapasów i pomiaru zysku (kontynuacyjny rachunek kosztów). Rachunek kosztów polega na badaniu i transformowaniu, według przyjętego modelu i norm, informacji o kosztach i przychodach

¹⁶¹ A. Jaklik, B. Micherda, *Ewidencja kosztów i produktów*, Wydawnictwo SKWP, Warszawa 1993, s. 53-54.

¹⁶² H. Ronek, *Pragmatyczna metodologia rachunkowości*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995, s. 105.

	działań przeszłych, bieżących i zamierzonych w celu wspomagania zarządzania podmiotem.
K.G. Świderska (red.), <i>Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów</i> , DIFIN, Warszawa 2002, s. 8.	Proces identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach dla dokonywania ocen i decyzji przez użytkowników tych informacji.
E. Nowak, <i>Rachunek kosztów przedsiębiorstwa</i> , EKSPERT, Wrocław 2001, s. 15.	Proces ustalania kosztów prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na wytwarzaniu i sprzedaży wyrobów lub świadczeniu usług.

Źródło: opracowanie własne.

Z przedstawionych definicji wynika, że pojęcie rachunku kosztów nie jest jednoznaczne. Istotne jest jednak to, że wskazuje się w nich na zagadnienia, które można określić mianem cech rachunku kosztów, dzięki którym pełni on zasadniczą rolę w procesie zarządzania przedsiębiorstwem, jako jego ważny instrument¹⁶³:

- podstawowym celem prowadzenia rachunku kosztów jest dostarczanie informacji użytkownikom do oceny sytuacji, podejmowania decyzji gospodarczych i kontroli ich wykonania,
- przedmiotem rachunku kosztów są procesy gospodarcze dotyczące przeszłej, bieżącej i przyszłej działalności podmiotu oraz związane z nią koszty,
- podmiotem rachunku kosztów jest przedsiębiorstwo lub inna jednostka organizacyjna, prowadząca działalność gospodarczą (podmiot gospodarczy),
- rachunek kosztów posługuje się obok miernika pieniężnego również naturalnymi jednostkami miary.

Zunifikowaną definicję rachunku kosztów, zawierającą wymienione powyżej elementy tego pojęcia zaproponował E. Nowak¹⁶⁴, który określił, że rachunek kosztów stanowi „...względnie wyodrębniony (przedmiotowo i proceduralnie – metodycznie) w systemie informacyjnym podmiotu gospodarczego (przedsiębiorstwa) zbiór informacji o kosztach opracowywanych według określonego modelu dostosowanego do potrzeb informacyjnych użytkowników (odbiorców) informacji. Przeprowadzany w rachunku kosztów pomiar kosztów i ich transformacja mają na celu umożliwienie oceny sytuacji decyzyjnych, podejmowania decyzji i kontroli ich realizacji...”

¹⁶³ A. Jarugowa, W. Malc, K. Sawicki, *Rachunek kosztów*, PWE, Warszawa 1990 s. 52.

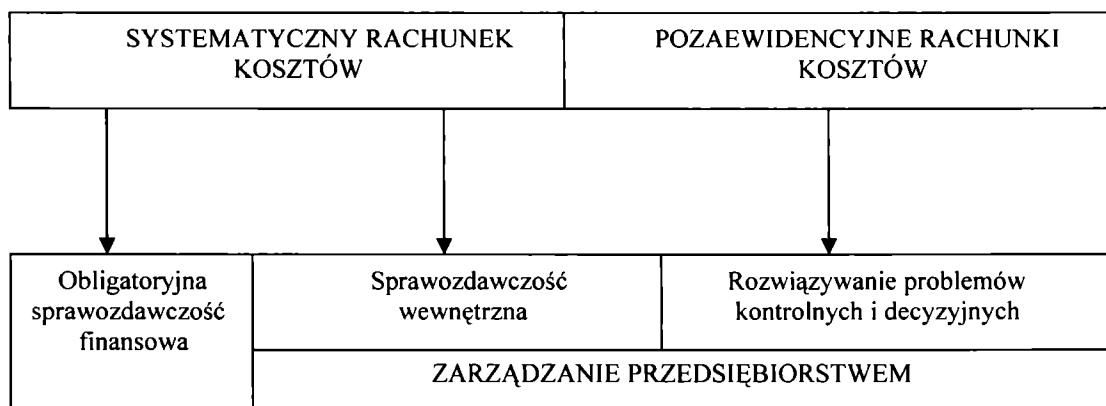
¹⁶⁴ E. Nowak (red.), *Leksykon rachunkowości*, Warszawa 1996, s. 169.

Zakres rachunku kosztów można rozpatrywać wieloaspektowo, co pozwala wyróżnić wiele jego typów. Generalnie, biorąc pod uwagę nadrzędne kryterium klasyfikacji – powiązanie rachunku kosztów z systemem ewidencyjnym rachunkowości, wyróżnia się¹⁶⁵:

- systematyczny rachunek kosztów – bezpośrednio związany ze zwartym systemem ewidencyjnym rachunkowości,
- rachunki problemowe – pozaewidencyjne, których celem jest rozwiązywanie zadań informacyjno – decyzyjnych i kontrolnych, a także ustalanie wzorców itp. o różnym horyzoncie czasowym.

Przyporządkowanie wymienionych typów rachunku kosztów różnym celom przedsiębiorstwa zostało przedstawione na rysunku 21.

Rysunek 21. Typy rachunku kosztów a potrzeby informacyjne podmiotu gospodarczego



Źródło: E. Nowak, R. Piechota, M. Wierziński, *Rachunek kosztów...*, op.cit., s. 20.

Systematyczny rachunek kosztów wykorzystuje zasady i metody właściwe rachunkowości i co istotne opiera się na wielkościach typu *ex post*, które umożliwiają pomiar kosztów (pomiar ilościowy i wycenę), ich udokumentowanie, ewidencję, kalkulację, analizę kosztów poniesionych, sporządzanie sprawozdań z zakresu kosztów. Podstawowymi przekrojami ujęcia kosztów w tym rachunku są¹⁶⁶:

- pozycje rodzajowe kosztów – układ informujący o tym, jakie rodzaje kosztów i w jakiej wysokości ponoszone są w przedsiębiorstwie,
- podmiotowe i funkcjonalne jednostki odniesienia kosztów – układ informujący o tym, w ramach jakich zakresów działalności zostały określone koszty poniesione,

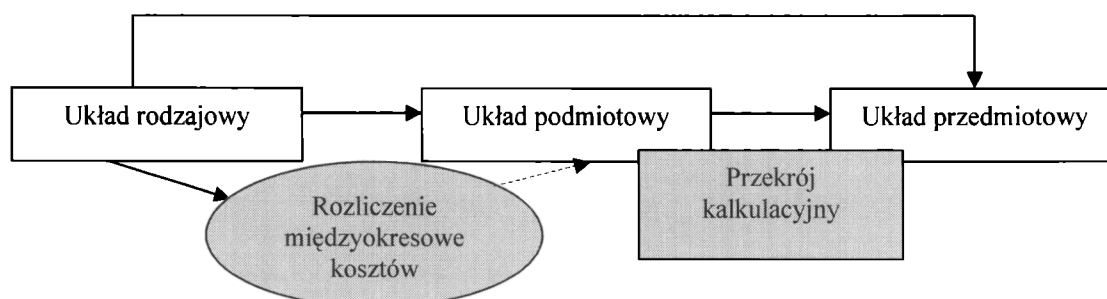
¹⁶⁵ E. Nowak, R. Piechota, M. Wierziński, *Rachunek kosztów w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2004, s. 19.

¹⁶⁶ D. Sołtys (red.), *Rachunkowość zarządcza przedsiębiorstw.. Rachunek kosztów*, Wydawnictwo AE, Wrocław 2003, s. 36.

- przedmiotowe jednostki odniesienia – układ informujący o tym, czego (jakich efektów) dotyczą poniesione koszty.

Ogólny schemat systematycznego rachunku kosztów prezentuje rysunek 22.

Rysunek 22. Ogólny schemat systematycznego rachunku kosztów



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Jaklik, B. Micherda, *Zasady rachunkowości*, WSiP, Warszawa 1993, s. 106.

Systematyczny rachunek kosztów nie spełnia jednak wszystkich wymagań stawianych mu przez zarządzających przedsiębiorstwem. Fakt ten doprowadził do pojawienia się pozaewidencyjnych (problemowych) rachunków kosztów, które mają za zadanie pomagać w procesie podejmowania decyzji oraz w problemowe są prowadzone poza systemem ewidencyjnym rachunkowości i są podporządkowane różnym sytuacjom decyzyjnym i kontrolnym, a więc potrzebom wewnętrznym wynikającym z zarządzania jednostką. W rachunkach tych znajdują zastosowanie metody matematyczne, statystyczne, ekonometryczne, symulacyjne, analiza wartości itp., dobierane stosowanie do problemu, którym ma zostać rozwiązany¹⁶⁷. Uproszczony układ problemowych rachunków kosztów przedstawia rysunek 23.

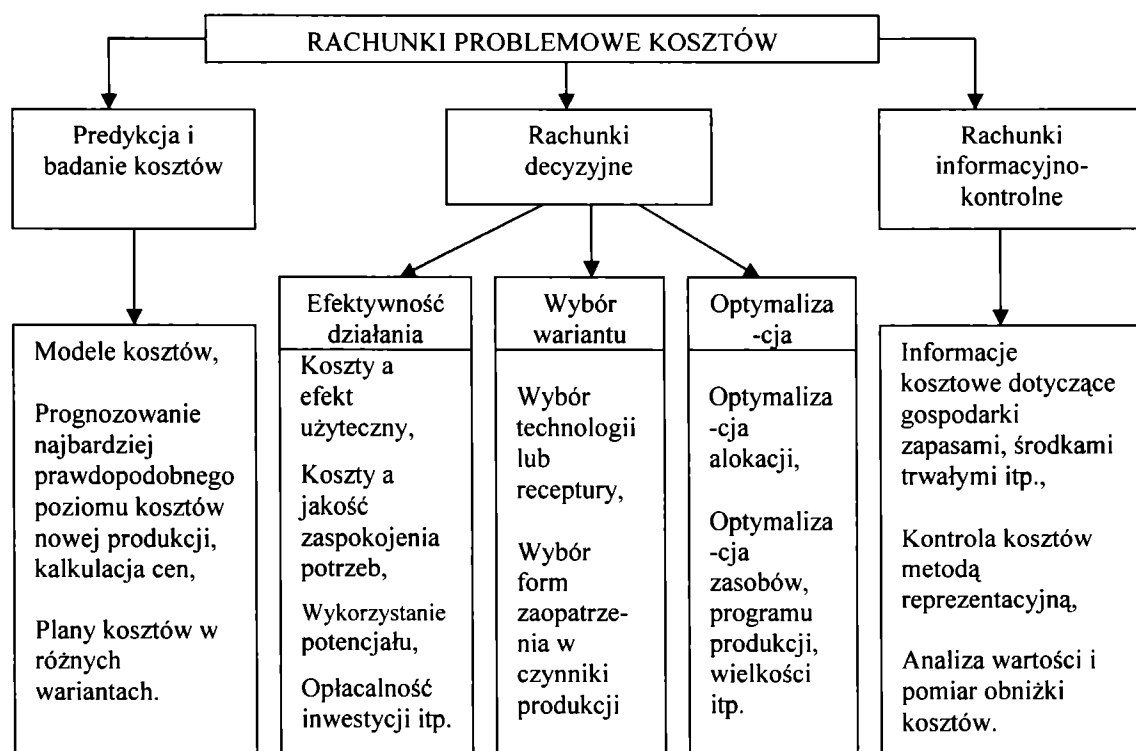
Konkludując, można zatem stwierdzić, że we współczesnym, szeroko rozumianym rachunku kosztów wyodrębnia się dwa zasadnicze obszary: system ewidencyjny oraz system rachunku kosztów problemowych¹⁶⁸. System ewidencyjny jest nazywany systematycznym rachunkiem kosztów i zajmuje się zasadami dokumentowania kosztów, ich ewidencją, grupowaniem, rozliczaniem i kalkulacją. Jego celem jest dostarczanie informacji niezbędnych do wyceny zapasów i pomiaru wyniku finansowego, a także oceny efektywności gospodarowania i podejmowania decyzji ekonomicznych¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Więcej na ten temat można znaleźć: E. Nowak, *Decyzyjne rachunki kosztów*, PWN, Warszawa 1994; K. Sawicki, *Analiza kosztów firmy*, PWE, Warszawa 2000.

¹⁶⁸ A. Jarugowa, W. Malc, K. Sawicki, *Rachunek...*, op.cit., s. 55.

¹⁶⁹ E. Nowak, *Decyzyjne...*, op.cit., s. 22.

Rysunek 23. Problemowe rachunki kosztów



Źródło: A. Jarugowa, W. Malc, K. Sawicki, *Rachunek kosztów*, PWE, Warszawa 1990, s. 57.

Oba przedstawione systemy rachunku kosztów w praktyce przenikają się wzajemnie i w zależności od celu, do jakiego dąży przedsiębiorstwo oraz tego jakich informacji poszukuje, są w mniejszym lub większym stopniu stosowane i wykorzystywane w procesie podejmowania decyzji.

Zgodnie z tezą D. Sołtys, rachunek kosztów stanowi składnik systemu informacyjnego przedsiębiorstwa (podmiotu), a za jego podstawową funkcję należy uznać funkcję informacyjną, polegającą na dostarczaniu informacji na potrzeby użytkowników, czyli zaspokajaniu potrzeb informacyjnych zgłaszanych przez podmiot gospodarczy i jego otoczenie. Informacje dostarczane przez system rachunku kosztów można podzielić na trzy podstawowe grupy¹⁷⁰:

- informacje wynikające z ewidencji kosztów, które umożliwiają ocenę wyniku działalności przedsiębiorstwa i jego pozycji finansowej,
- informacje zawarte w analitycznych sprawozdaniach wewnętrznych, które umożliwiają kierownikom, na poszczególnych szczeblach zarządzania, kontrolę działalności przedsiębiorstwa (obszary niegospodarności, niedokładności itp.),

¹⁷⁰ A. Jarugowa, *Rachunek kosztów w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 1986, s. 42.

- informacje ułatwiające rozwiązywanie problemów, poprzez zwięzłą kwantyfikację odpowiednich wielkości, charakterystycznych dla możliwych wariantów działania.

Dane te przekazywane są zarówno użytkownikom zewnętrznym (funkcja informacyjna zewnętrzna), jak i wewnętrznym (funkcja informacyjna wewnętrzna).

Do użytkowników informacji funkcjonujących w otoczeniu podmiotu gospodarczego można zaliczyć w szczególności¹⁷¹:

- kontrahentów (dostawców, odbiorców),
- agendy rządowe, jednostki władz lokalnych, akcjonariuszy,
- kredytodawców i pożyczkodawców,
- pracowników, potencjalnych inwestorów,
- jednostki konkurencyjne,
- społeczeństwo.

Natomiast informacje dostarczane przez rachunek kosztów dla odbiorców wewnętrznych, służą przede wszystkim do prawidłowego zarządzania przedsiębiorstwem i umożliwiają ich menedżerom realizację czterech podstawowych zadań¹⁷²:

- 1) dokonywania kalkulacji cenowych
- 2) kontroli działalności podmiotu,
- 3) oceny rentowności działalności,
- 4) podejmowania decyzji ekonomicznych.

Rachunek kosztów obsługuje informacyjnie wszystkie funkcje zarządzania (planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie). Stąd w ramach jego wewnętrznej funkcji informacyjnej można wyróżnić:

- funkcję optymalizacyjną, która polega na dostarczaniu informacji do dokonywania wyboru optymalnych wariantów działania;
- funkcję motywacyjną, przejawiającą się w dostarczaniu informacji o kosztach umożliwiających sprzężenie wyznaczonych celów i zadań z kryteriami ocen i bodźców, tak aby wykonawcy świadomie angażowali się w realizację stawianych przed nimi zadań;
- funkcję kontrolną, opartą na dostarczaniu informacji o kosztach, różnym szczeblom zarządzania, dla sprawdzenia oraz oceny stopnia osiągnięcia wyznaczonych zadań i celów, a także wyciągnięcia na tej podstawie wniosków dotyczących przyszłych działań.

¹⁷¹ D. Sołtys, *Rachunek kosztów postulowanych w controllingu przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 2005, s. 32.

¹⁷² E. Nowak, R. Piechota, M. Wierziński, *Rachunek kosztów w zarządzaniu...*, op.cit., s. 17.

Zakres i znaczenie zadań stawianych rachunkowi kosztów w skali mikroekonomicznej zależą głównie od uprawnień decyzyjnych kierownictwa przedsiębiorstwa, mierników oceny oraz od charakteru i stopnia złożoności procesów gospodarczych zachodzących w przedsiębiorstwie, a także organizacyjnych warunków ich realizacji¹⁷³.

3.2. Charakterystyka kosztów usług medycznych

Wdrożenie w Polsce reformy sektora ochrony zdrowia w roku 1999 spowodowało konieczność ustalenia obiektywnych, finansowych mierników działalności zakładów opieki zdrowotnej. Czynniki rynkowe, m.in. konkurencja w zakresie jakości świadczonych usług, marketing, rachunek ekonomiczny, wymogły zmianę stylu kierowania jednostkami służby zdrowia z administracyjnego na zarządczy oparty na trzech obszarach działalności:

- świadczeniu usług zgodnie ze sztuką medyczną;
- rynku usług medycznych;
- racjonalnym wykorzystaniu pozyskanych zasobów.

Nie bez znaczenia pozostaje tu ich kolejność, gdyż sfera usług medycznych powinna być bezwzględnie uwarunkowana dobrem pacjenta, z zarobkowaniem na usłudze na dalszym miejscu.

Placówki medyczne przestały być postrzegane tylko jako świadczeniodawcy usług medycznych, a dostrzeżono, że są one miejscem powstawania znacznych kosztów. Świadomość roli parametrów kosztowych pojawiła się wraz z reformą, wprowadzającą kontraktowanie usług medycznych przez poszczególne placówki, a tym samym stała się elementem konkurencyjności. Szczególnie ważnym wyzwaniem stojącym obecnie przed placówkami ochrony zdrowia jest ograniczenie wzrastających kosztów realizacji świadczeń medycznych, które w dużej części są wynikiem działania takich czynników jak:

- stopniowe starzenie się społeczeństwa,
- stosowanie nowoczesnych, zazwyczaj bardzo kosztownych technologii medycznych,
- wzrost świadomości „zdrowotnej” społeczeństwa, skutkujący zwiększeniem ilości zgłaszanych potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Koszt zawsze związany jest z określonym efektem działalności, a jego ponoszenie powinno być celowe i usytuowane na oczekiwanym poziomie. Zakłady opieki zdrowotnej są zwykle jednostkami nieukierunkowanymi na osiąganie zysku, dlatego też każde ich działanie powinno być celowe i przynosić przychód współmierny do kosztu wywołanego przez to

¹⁷³ D. Sołtys, *Rachunek kosztów postulowanych w controllingu...*, op.cit., s. 32.

działanie. Koszt należy zatem powiązać z określonym obiektem, działaniem lub rezultatem – świadczoną usługą medyczną¹⁷⁴.

W jednostkach opieki zdrowotnej pojęcie kosztu usługi medycznej może być określane w ujęciu węższym i szerszym, podobnie jak w przypadku tradycyjnej, ogólnie rozumianej definicji kosztu. W wąskim ujęciu jest to podstawowy koszt wytwarzania tejże usługi, na który składają się zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie, powstające w jednostce ją świadczącej (koszty materiałowe, osobowe, usług obcych, amortyzacji, diagnostyki, administracji itp.). Natomiast w szerokim ujęciu (makroekonomicznym) za koszt usługi medycznej uważa się koszt „ekonomiczny”, zapewniający nie tylko bieżące świadczenie usług, ale uwzględniający także rozwój medycyny, techniki medycznej oraz nakłady inwestycyjne związane z budową nowych i modernizacją już istniejących jednostek ochrony zdrowia. Koszt ten jest sumą podstawowego kosztu świadczenia usługi medycznej, kosztów na rzecz wspólnoty lokalnej (kształcenie kadr, ochrona środowiska itp.), kosztów niewykorzystania części zdolności usługowej podmiotów opieki zdrowotnej (np. wolne moce laboratorium czy pracowni USG czy RTG) oraz kosztu potrzeb kapitałowych.

W świetle powyższych rozważań, *koszt usługi medycznej rozumiany w węższym ujęciu można określić dla potrzeb niniejszej pracy, jako wyrażoną w pieniądzu wartość pracy żywej i zasobów majątkowych zakładu opieki zdrowotnej zużytych w danym okresie w celu świadczenia usług medycznych*. Istotą tak zdefiniowanego pojęcia kosztu jest wykorzystanie różnych czynników ponoszonych w związku z prowadzoną działalnością jednostki opieki zdrowotnej, której efektem końcowym jest finalna usługa medyczna¹⁷⁵.

Na koszt wytworzenia usługi medycznej składają się koszty usług cząstkowych, tworzących daną usługę. Taka sytuacja występuje w przypadku, kiedy usługą finalną jest złożona procedura medyczna¹⁷⁶, składająca się z kilku procedur prostych. Ilość i rodzaje usług cząstkowych są zależne od charakteru i celu końcowej usługi medycznej. Istotnym czynnikiem tej usługi jest stan zdrowia pacjenta, a więc osoby z niej korzystającej. Z jednej strony daje on pacjentowi możliwość osiągnięcia celów życiowych, a w przypadku pracownika również zachowania i rozwijania zdolności do określonej pracy, a przez to uzyskiwania określonych dochodów. Z drugiej zaś – od stanu zdrowia pacjenta w dużej

¹⁷⁴ I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s. 11.

¹⁷⁵ E. Nowak, *Rachunek kosztów przedsiębiorstwa*, Ekspert, Wrocław 2001, s. 26.

¹⁷⁶ Procedura medyczna rozumiana jest jako „całość lub wyodrębniona medycznie część świadczenia zdrowotnego, która pociąga za sobą skutki finansowe” lub też „element procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, który da się wyodrębnić jako możliwa do zaakceptowania przez profesjonalistów medycznych część kontaktów pacjenta z zakładem ochrony zdrowia, a jednocześnie może być traktowany jako uśredniony nośnik kosztów”.

mierze zależy, jakie i ile usług medycznych zostanie mu udostępnionych. Koszt usługi finalnej stanowi więc sumę kosztów usług cząstkowych świadczonych na oddziałach szpitalnych, gabinetach specjalistycznych, pracowniach diagnostycznych czy zabiegowych. Z punktu widzenia usługi finalnej, usługi cząstkowe mają charakter usług pośrednich, gdyż stanowią etap przejściowy między dwoma poszczególnymi etapami świadczenia finalnej usługi medycznej oraz przyczyniają się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, którym ta usługa służy. Usługi pośrednie są więc niezbędnym składnikiem usługi finalnej. Jednak mogą one także występować jak samoistne usługi medyczne. Przykładem może być badanie RTG czy USG lub pojedyncze badanie laboratoryjne, które może być wykonane w szpitalu również dla pacjentów nie podlegających hospitalizacji. W tym przypadku wymieniona usługa stanowi z punktu widzenia szpitala usługę finalną.

Należy jednak stwierdzić, że niekiedy jest dość trudno odróżnić usługi finalne od pośrednich. Wiele rodzajów usług takich jak badanie RTG, EKG, USG, diagnostyka laboratoryjna czy porada lekarska specjalistyczna są jednocześnie usługami finalnymi i pośrednimi, w zależności od obiektu odniesienia. O tym, czy daną usługę można sklasyfikować jako pośrednią czy finalną decyduje nie rodzaj usługi medycznej, lecz jej znaczenie dla ostatecznej diagnozy lub zakończenia procesu leczenia. W miejscu tym pojawia się problem faktycznego oddzielenia usług finalnych od pośrednich, gdyż bez usług pośrednich bardzo często nie mogą powstać usługi finalne. Koszty usług pośrednich są bowiem bardzo ważnym elementem kosztów usług finalnych. Często to właśnie one decydują o poziomie kosztu usługi ostatecznej w danym zakładzie opieki zdrowotnej i jego zróżnicowaniu w porównaniu z innymi świadczeniodawcami.

W jednostkach służby zdrowia, podobnie jak w innych podmiotach prowadzących działalność gospodarczą, koszty mierzone są w celu zaspokojenia następujących potrzeb¹⁷⁷:

- obliczania rzeczywistych efektów prowadzonej działalności gospodarczej (np. wyniku finansowego),
- planowania oraz prognozowania, rozumianego jako sformalizowany proces podejmowania decyzji, podczas którego zostaje wypracowany przyszły, pożądany obraz danego obiektu oraz wskazane metody jego osiągnięcia,
- kontroli, traktowanej jako proces pomiaru stopnia realizacji zadań, jak również komunikowania w formie sprawozdań (raportów) o rzeczywistym stanie obiektów.

Obiektem kosztów w zakładach opieki zdrowotnej jest przedmiot (np. usługa medyczna)

¹⁷⁷ J. Gierusz, *Koszty i przychody...*, op.cit., s. 44.

lub podmiot (np. oddział szpitalny, pracownia diagnostyczna, gabinet w przychodni, cała przychodnia, itp.), którego koszty są przedmiotem indywidualnego pomiaru. Według C. Drury, „...jeśli użytkownik informacji chce znać koszty czegokolwiek, wówczas cokolwiek jest określane mianem obiektu kosztów...”¹⁷⁸. Przedmiot odniesienia może być szczegółowy lub bardzo ogólny. Na przykład: badanie ogólne i specjalistyczne czy badanie EKG. Pierwsze składa się z wielu porad lekarskich i usług diagnostycznych wraz z orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza. Drugi obiekt kosztów jest prosty, gdyż polega na badaniu aparatem EKG przez pielęgniarkę, trwa kilka czy kilkanaście minut i jego efektem jest automatyczny wydruk wyników badania. W pierwszym przypadku można także zmierzać do ustalania kosztów poszczególnych usług składających się na całe badanie. Jednak należy uwzględnić, że w miarę wzrostu szczegółowości kosztów, rachunek kosztów staje się coraz bardziej złożony i pracochłonny oraz mogą pojawić się problemy techniczne (np. informatyczne) związane z jego prowadzeniem.

Koszty ponoszone przez jednostki funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia składają się z wielu elementów, a ich ponoszenie oraz wysokość zależy od różnych czynników. Użytkownicy informacji kosztowych, zarówno wewnętrzni (tj. kierownictwo na różnych szczeblach zarządzania hierarchii organizacyjnej jednostki), jak i zewnętrzni (tj. pracownicy, płatnicy, organy założycielskie i właściciele, inwestorzy, banki itp.) są zainteresowani nie tylko znajomością ich ogólnego poziomu, ale także oczekują informacji o strukturze kosztów w poszczególnych okresach sprawozdawczych, ich uwarunkowaniach i wzajemnych powiązaniach. Dopiero tak przygotowane informacje o kosztach mogą stanowić użyteczne narzędzie do podejmowania decyzji oraz kontroli z punktu widzenia realizacji funkcji rachunku kosztów.

Aby móc poznać poszczególne składniki kosztów, czynniki je kształtujące, przyczyny ich powstania oraz wzajemne proporcje i powiązania występujące między nimi, koszty są klasyfikowane według różnych kryteriów. Umożliwiają one odpowiednie łączenie i rozdzielanie kosztów, stosownie do potrzeb informacyjnych, analitycznych i kontrolnych. Za kryteria klasyfikacji kosztów przyjmuje się różnego rodzaju obiekty (produkt, usługę, proces, działanie, klienta, funkcję zarządzania, komórkę organizacyjną) powodujące powstawanie kosztów oraz wpływające na rozmiary działalności i stopień wykorzystania potencjału usługowego w danym okresie¹⁷⁹.

Sterowanie kosztami obejmuje ogół działań podejmowanych przez kierownictwo różnych

¹⁷⁸ C. Drury, *Rachunek kosztów*, PWN, Warszawa 1998, s. 35.

¹⁷⁹ Jako obiekt traktuje się obszar aktywności, którego koszty są przedmiotem indywidualnego pomiaru.

szczegółu zarządzania i pracowników zakładu opieki zdrowotnej w celu poprawy efektywności gospodarowania zasobami będącymi w ich posiadaniu. Wymaga to rozpoznania czynników kształtujących koszty usług medycznych oraz zaprojektowania i wdrożenia systemu sterowania kosztami przez ich budżetowanie i kontrolę. System ten powinien zapewnić takie grupowanie i łączenie kosztów w grupy według określonych cech kryteriów, aby można¹⁸⁰:

- określić proces powstawania kosztów i mierzyć wyniki finansowe związane z prowadzoną działalnością,
- pozyskać rzeczywiste informacje o kosztach wytwarzania usług medycznych,
- zwiększyć możliwość oddziaływania na koszty i ich kontrolę przez określenie kosztów wyznaczonych dotyczących realizowanych zadań, monitorowanie odchyleń od tych kosztów według ośrodków, przyczyn ich powstania i przypisanie odpowiedzialności za nie konkretnym osobom oraz
- podejmować bardziej trafne decyzje i kontrolować ich realizację.

Źródłem kosztów ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej jest ich różnorodna działalność, która opiera się na działaniach służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działaniach medycznych, wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania¹⁸¹. Wykorzystanie informacji kosztowych w zarządzaniu wymaga znajomości różnych kryteriów klasyfikacyjnych kosztów, które powinny stać się podstawą budowy modelu rachunku kosztów (pomiaru kosztów).

Każdy z przekrojów informacyjnych ma inną przydatność dla poszczególnych grup użytkowników. Dlatego przy systematyzacji kosztów należy wziąć pod uwagę cel, któremu mają służyć informacje kosztowe oraz wymagania stawiane przez odbiorców. Zarządzanie wymusza potrzebę grupowania kosztów w takich przekrojach, które są niezbędne, z jednej strony do wyceny zapasów i ustalania wyniku finansowego, z drugiej zaś do planowania i kontroli oraz podejmowania decyzji zarządczych. O ile pomiar wyniku finansowego jest dokonywany na podstawie kosztów rzeczywistych o tyle w procesie podejmowania decyzji biorą udział informacje o kosztach poniesionych oraz planowanych¹⁸².

Z uwagi na zróżnicowanie działalności prowadzonej przez jednostki medyczne, ogół

¹⁸⁰ M. Hass-Symotiuk, *Systematyka kosztów na potrzeby zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005, s. 82.

¹⁸¹ Działania te określane są jako świadczenia zdrowotne – *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

¹⁸² Zob. J. Kogut, *Istota i klasyfikacja kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, PPH Zapol, Szczecin 2004, s. 344-353.

kosztów, powstających w tych podmiotach można podzielić na¹⁸³:

1) koszty działalności operacyjnej, w tym:

- koszty podstawowej działalności operacyjnej, związane z wykonaniem podstawowych działań, zgodnych ze statutem zakładu (np. koszty leczenia pacjentów w oddziałach szpitalnych) i realizacją zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez płatników (np. Narodowy Fundusz Zdrowia, organ założycielski, inne ZOZ-y),
- koszty pozostałej działalności operacyjnej, związane pośrednio ze zwykłą działalnością operacyjną (np. koszty sprzedaży bądź likwidacji zbędnych środków trwałych, obciążające jednostkę kary, grzywny, odszkodowania itp.),

2) koszty działalności inwestycyjnej, związane z rozszerzeniem zakresu oferowanych świadczeń zdrowotnych lub zwiększeniem możliwości funkcjonalnych zakładu,

3) koszty działalności finansowej, związane z prowadzeniem operacji finansowych (np. odsetki od zaciągniętego kredytu na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego).

Fundamentalnym obszarem sterowania są koszty działalności operacyjnej, które można klasyfikować według różnych kryteriów, w zależności od zakresu i/lub celu informacji, jakie mają być dostarczane ich odbiorcom. Podstawowymi kryteriami klasyfikacji wykorzystywanymi w tym obszarze są:

- rodzaje (poziomy) opieki zdrowotnej,
- rodzaje zużywanych zasobów,
- typy działalności operacyjnej,
- sposób finansowania świadczeń medycznych,
- podmioty świadczące usługi medyczne (ośrodki kosztów),
- nośniki kosztów (grupy usług, procedury medyczne, leczeni pacjenci, jednostki chorobowe itp.),
- pozycje kalkulacyjne,
- sposób odniesienia na nośniki kosztów, itd.

Klasyfikacja dokonana w oparciu o powyższe kryteria ukierunkowana jest przede wszystkim na monitorowanie kosztów rzeczywistych (*ex post*), które są przydatne dla celów sprawozdawczych oraz ustalenia wyniku finansowego. Koszty te mają jednak ograniczoną

¹⁸³ Różnorodne kryteria klasyfikacyjne kosztów można znaleźć w wielu pozycjach literaturowych z zakresu rachunkowości zarządczej i rachunku kosztów. Zob. m.in. I. Sobańska (red.), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Najnowsze tendencje, procedury i ich zastosowanie w przedsiębiorstwach*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 178-188, K. Czubańska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości...*, op. cit., s. 259-272, J. Mazur (red.), *Decyzje marketingowe...*, op. cit., s. 151-168, E. Nowak, R. Piechota, M. Wierzbński, *Rachunek kosztów...*, op. cit, s. 19.

wartość dla podejmowania decyzji zarządczych¹⁸⁴.

Najczęściej wykorzystywane, zarówno do wyceny zapasów i ustalania wyniku finansowego jak i do planowania i kontroli oraz podejmowania decyzji zarządczych, przekroje grupowania kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej przedstawia tabela 21.

Tabela 21. Klasyfikacja kosztów działalności operacyjnej zakładu opieki zdrowotnej

Kryterium podziału	Rodzaje kosztów
Rodzaj (poziom) opieki zdrowotnej	- Koszty leczenia stacjonarnego (np. szpitale rejonowe, specjalistyczne), - Koszty leczenia ambulatoryjnego (np. poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyczne, przyszpitalne, medycyny pracy).
Rodzaj zużywanych zasobów	- Amortyzacja środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych, - Zużycie materiałów i energii, w tym leków, żywności, sprzętu jednorazowego użytku, odczynników chemicznych, materiałów diagnostycznych, paliwa, wody, energii elektrycznej i ciepłej, - Usługi obce, w tym remontowe, transportowe, medyczne obce, pozostałe, - Podatki i opłaty – podatek od nieruchomości, od środków transportu, PFRON, opłaty notarialne, sądowe itp., - Wynagrodzenia, w tym ze stosunku pracy oraz z umów zlecenia i o dzieło, - Świadczenia na rzecz pracowników, w tym składki na ubezpieczenia społeczne, odpisy na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, świadczenia rzeczowe związane z BHP np. środki czystości, odzież ochronna i robocza, szkolenie pracowników itp., - Pozostałe koszty rodzajowe, w tym podróże służbowe, ubezpieczenia majątkowe i OC, koszty reprezentacji i reklamy itp.
Typ działalności operacyjnej	- Koszty działalności podstawowej – dotyczą działalności, dla której jednostka została powołana, czyli w przypadku zakładu opieki zdrowotnej – koszty działalności medycznej, - Koszty działalności pomocniczej – dotyczą działalności wspierającej działalność podstawową, obejmują one koszty wytworzenia usług świadczonych przez jedne komórki organizacyjne jednostki na rzecz innych, jak np. kotłownia, dział remontów, dział transportu, stołówka zakładowa, apteka szpitalna, pralnia itp., - Koszty zarządu – dotyczą działalności administracyjnej i zarządczej związanej z kierowaniem jednostką jako całością oraz innej działalności o charakterze ogólnozakładowym (np. dział finansowo-księgowy, dyrekcja, radca prawny, archiwum itp.),
Stopień złożoności (struktura wewnętrzna)	- Koszty proste, odzwierciedlające zużycie pierwotnych czynników działalności, tj. takich, które nie dadzą się już rozdzielić na elementy prostsze; do kosztów tych zaliczamy więc wszystkie koszty rodzajowe, - Koszty złożone, które dadzą się jeszcze podzielić w ramach danej jednostki na elementy prostsze (np. koszt usługi transportowej).
Finansowanie świadczeń medycznych:	
• zewnętrzne,	Koszty usług medycznych finansowanych przez: NFZ, organy założycielskie, zakłady pracy,
• wewnętrzne	Koszty usług opłacane indywidualnie przez pacjentów.
Podmioty świadczące	Koszty ośrodków o charakterze:

¹⁸⁴ J. Kogut, *Kategoryzacja kosztów dla potrzeb podejmowania decyzji zarządczych*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, PPH Zapol, Szczecin 2005, s. 264-269.

usługi (ośrodki kosztów)	• pobytowym (np. oddziały szpitalne), • niepobytowym (np. poradnie).	• medycznym (np. apteka, pracownia, laboratorium), • niemedycznym (spalarnia odpadów, magazyny, sterylizacja itp.).	• ogólnym (np. komórki zarządu, administracji).
Nośnik kosztów	• Koszty: usługi, porady, grupy usług, procedury medycznej, ośrodka kosztów, programu zdrowotnego, leczonego pacjenta, jednostki chorobowej, przypadku, osobodnia opieki.		
Pozycja układu kalkulacyjnego	• Koszty leków, • Koszty opieki i leczenia zachowawczego, • Koszty procedur medycznych, • Koszty pobytu (hotelowe).		
Związek kosztów z nośnikami kosztów	• Koszty bezpośrednie, które można w sposób jednoznaczny przypisać danej jednostce odniesienia na podstawie źródłowego pomiaru zużycia (w szpitalu np. leki, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, środki opatrunkowe, implanty). • Koszty pośrednie, których jednoznaczne przypisanie do danej jednostki odniesienia jest niemożliwe lub w praktyce nieopłacalne czy nieistotne (np. wynagrodzenia kierownictwa jednostki, amortyzacja aparatury medycznej i pomieszczeń, koszty energii elektrycznej, wody, środków czystości itp.).		
Zależność od rozmiarów świadczonych usług	• Koszty stałe, które charakteryzują niezależnością od ilości świadczonych usług, odnoszą się do kosztów gotowości potencjału usługowego i logistyczno – organizacyjnego jednostki, pozostają na niezmiennym poziomie w relacji do wielkości świadczonych usług (np. koszty ogrzewania i oświetlenia oddziałów szpitalnych, wody, utrzymania czystości itp.), • Koszty zmienne, które w wielkościach globalnych reagują na zmiany wielkości rozmiarów działalności; - mogą one rosnać w takim samym tempie jak świadczenie usług (koszty zmienne proporcjonalnie) (np. zużycie leków, środków opatrunkowych, energii przez aparaturę medyczną), - mogą rosnać szybciej niż świadczenie usług, występują w sytuacji przekroczenia przez jednostkę posiadanego poziomu zdolności usługowej (np. wykorzystanie aparatury medycznej ponad zalecany poziom wymaga wykonania dodatkowych bieżących napraw, zużycia większej ilości energii, dodatkowego wynagrodzenia za prace w godzinach nadliczbowych), - mogą rosnać wolniej niż świadczenie usług (np. koszty konserwacji i bieżących napraw aparatury medycznej dokonywane w ramach zalecanego technicznie poziomu jej pracy).		
Istotność kosztów w procesie podejmowania decyzji	• Koszty istotne (decyzyjne), które mają wpływ na wybór określonego wariantu działania np. koszty leków, procedur diagnostycznych, energii zużywanej przez aparaturę medyczną przy wyborze określonego sposobu leczenia, • Koszty nieistotne (niedecyzyjne), które nie mają wpływu na wybór określonego wariantu działania, np. przy wyborze określonego sposobu leczenia nie są istotne koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń.		
Celowość i możliwość kontroli	• Koszty kontrolowane, które mogą być przedmiotem racjonalnej regulacji przez zarządzającego ośrodkiem odpowiedzialności np. płace bezpośrednie, zużycie materiałów bezpośrednich, koszty bieżącej konserwacji i naprawy aparatury medycznej, • Koszty niekontrolowane, na kształtowanie się których zarządzający ośrodkiem odpowiedzialności nie ma wpływu, np. koszty amortyzacji pomieszczeń i aparatury medycznej.		
Związek kosztów z przychodami	• Koszty uzyskania przychodów, • Koszty niestanowiące kosztów uzyskania przychodów.		
Stan dokonania	• Koszty przesądzone (zapadłe, nieodwracalne) – wynikają z podjęcia wcześniejszych decyzji, których nie można zmienić na etapie ich podejmowania, np. posiadana aparatura medyczna, budynki szpitala, • Koszty nieprzesądzone (nie zapadłe, przyszłe), które nie są zdefiniowane ani wcześniejszymi zobowiązaniami, ani zaangażowaniem środków; są one		

	zależne od rodzaju podjętej decyzji.
Związek z budżetowaniem	• Koszty ujęte w budżetach, • Koszty rzeczywiście poniesione.
Cele decyzyjne	• Koszty utraconych korzyści, które wyrażają wiarygodnie określoną wartość z tytułu zaniechania jakiegoś sposobu działania, przy jednoczesnym niewykorzystaniu alternatywnych rozwiązań, np. profilaktyka zamiast leczenia, • Koszty zapadłe, które są zależne od wcześniej podjętej decyzji, których w bieżącym ub przyszłym okresie nie da się zmienić jakimkolwiek działaniem (np. umowa zawarta na wykonanie robót budowlanych w drodze ogłoszonego przetargu), • Koszty uznaniowe – koszty odroczone na pewien czas, gdyż zależą od uznania potrzeby ich poniesienia przez kierownictwo jednostki; mają charakter uznaniowe i mogą dotyczyć, np. kosztów reklamy, kosztów remontów itp.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk (red.), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 136.

Rozwinięciem przedstawionych klasyfikacji może być ich podział na potrzeby budżetowania czy podejmowania decyzji zarządczych.

Dla potrzeb budżetowania niezbędne jest grupowanie kosztów według typów ośrodków kosztów, działań i pełnionych funkcji oraz rodzajów działalności, a następnie rozliczanie ich na świadczone usługi medyczne. Szczegółowość i dokładność tej klasyfikacji zależy od wielkości jednostki, organizacji i technologii oferowanych usług, ich specyfiki czy poziomu referencyjnego.

Koszty ujęte w przekroju podmiotowym, według ośrodków kosztów, są rozliczane na nośniki w sposób bezpośredni, na podstawie dokumentów źródłowych lub pośredni, za pomocą kluczy podziałowych. Koszty bezpośrednie obejmują wynagrodzenia wraz z narzutami, zużyte materiały (np. leki, odczynniki, sprzęt jednorazowego użytku), zakup procedur medycznych itp. Natomiast koszty pośrednie (wydziałowe i zarządu) są kosztami względnie stałymi każdej komórki wyodrębnionej w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, które są związane z danego rodzaju działalnością i z zarządzaniem całym zakładem. Wśród nich można wyróżnić: koszty utrzymania komórki organizacyjnej, remonty i naprawy sprzętu i aparatury medycznej, amortyzacja pomieszczeń i sprzętu medycznego, zużycie energii itp.

Powyższe rozwiązanie daje możliwość poznania struktury ponoszonych kosztów w jednostce służby zdrowia oraz tworzeniu podstaw prawidłowego ich rozliczania na poszczególne obiekty kalkulacyjne. Stanowi ono również podstawę przeprowadzenia kontroli i analizy kosztów rzeczywistych wraz z określeniem odpowiedzialności za ponoszone koszty i osiągane wyniki.

Zakres i treść pozycji kalkulacyjnych musi być jednak dostosowany do typu ośrodka,

rodzaju świadczonych usług i być adekwatny do naturalnych jednostek kalkulacyjnych w nim występujących.

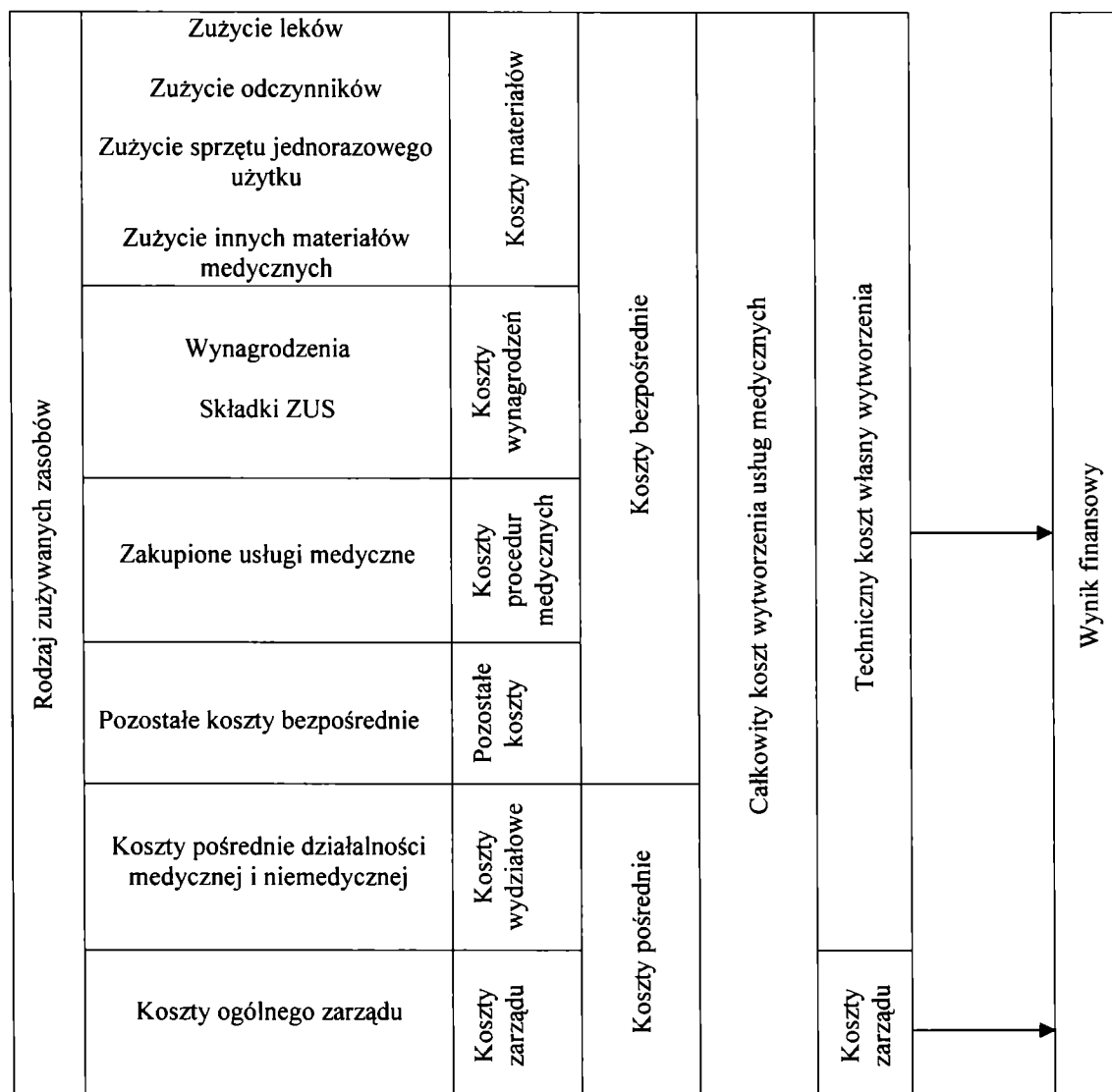
Suma kosztów bezpośrednich i pośrednich składa się na całkowity koszt wytworzenia świadczonych usług, który podzielony przez wielkość zrealizowanych usług w ramach poszczególnych ośrodków kosztów daje możliwość ustalenia kosztu jednostkowego każdego świadczenia. Struktura kosztów wytworzenia usługi medycznej została przedstawiona na rysunku 24. Znajomość tych kosztów powinna stanowić miernik oceny działalności leczniczo – terapeutycznej zakładu opieki zdrowotnej oraz kryterium wyboru w rachunku decyzyjnym. Oznacza to konieczność uwzględnienia przy podejmowaniu decyzji zarówno przez kierownictwo, lekarzy, jak też inny personel jednostki (np. pielęgniarki, sekretarki medyczne, rejestratorki) oprócz warunków medycznych także kryteria ekonomiczne.

Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej to szereg decyzji gospodarczych, obarczonych ryzykiem. Kierownicy zakładów wykorzystują całą swoją wiedzę ekonomiczną do prowadzenia skutecznych i sprawnych działań. Podejmowane przez nich decyzje dotyczą zasobów osobowych, materiałowych, technicznych i finansowych, a ich wykorzystanie powinno być efektywne i racjonalne.

Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej na wszystkich szczeblach wymaga posiadania informacji o miejscu i wielkości generowanych kosztów oraz rodzaju i strukturze świadczonych usług. Ułatwia to zarządzanie tymi jednostkami oraz podejmowanie racjonalnych decyzji ekonomicznych. Kierownictwo jednostki powinno bowiem znać odpowiedzi na poniższe pytania, a mianowicie:

- Jakie koszty poniesiono na realizację określonych zadań?
- Z jakich źródeł zostały one sfinansowane?
- Jakie rezultaty zostały osiągnięte?
- Czy wszystkie koszty były kosztami uzasadnionymi?
- Czy będące w posiadaniu jednostki zasoby zostały jak najlepiej wykorzystane do realizacji zadań statutowych?
- Jaką wielkość budżetu należy przyznać poszczególnym ośrodkom kosztów na ich działalność?
- Jakie zastosować metody rozliczeń za dostarczone usługi wewnątrz zakładu lub między zakładami?
- Jak wpłynie zmiana rozmiarów działalności na ponoszone koszty?
- Jaka jest wielkość, rodzaj oraz rozmieszczenie świadczonych usług medycznych itp.?

Rysunek 24. Struktura kosztów wytworzenia sprzedanych usług medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk, *Systematyka kosztów na potrzeby zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005, s. 86.

Wdrażanie rynku świadczeń zdrowotnych sprawia, że zakłady opieki zdrowotnej muszą dostosować wielkość i strukturę asortymentową świadczonych usług do potrzeb rynku. Dlatego też konieczna jest znajomość stopnia oddziaływania rozmiarów działalności na wielkość kosztów oraz możliwość ich kształtowania poprzez wybór określonego wariantu działania.

W procesie podejmowania decyzji zarządczych szczególnego znaczenie nabierają informacje o kosztach zgrupowanych według rodzajów, które przypisywane są na poszczególne ośrodki odpowiedzialności, możliwe do wykorzystania po wdrożeniu rachunkowości zarządczej. Ponadto podstawowym kryterium podziału kosztów w tym

zakresie jest reakcja kosztów na zmiany rozmiarów działalności (np. wielkość świadczonych usług medycznych), które dzieli je na koszty stałe i zmienne. Znajomość tych kosztów stanowi podstawę podejmowania wielu decyzji, takich jak:

- Ile należy wytworzyć usług medycznych, aby pokryć koszty stałe i zapewnić zysk?
- O ile należy zwiększyć wielkość świadczonych usług medycznych, aby obniżyć koszty własne i osiągnąć przyrost zysku?
- Czy dla osiągnięcia zakładanego wzrostu wielkość świadczeń należy zakupić dodatkowy sprzęt i aparaturę medyczną itp.?

Podział kosztów na stałe i zmienne zależy od przyjętego horyzontu czasowego, jednak ich wyodrębnienie nie jest sprawą prostą i wymaga zastosowania odpowiedniej metody ich podziału (np. statystycznej, księgowej, matematycznej). Ponadto w bardzo krótkim okresie koszty są w zasadzie stałe, natomiast w długim wszystkie koszty podlegają zmianom.

Kolejnym kryterium podziału kosztów, istotnym z punktu widzenia podejmowania decyzji jest stan ich dokonania, który wyróżnia koszty przesądzone (zapadłe), a więc takie które wynikają z wcześniejszych decyzji i nie można ich zmienić na etapie ich podejmowania (np. posiadana aparatura medyczna, pomieszczenia szpitala) oraz nie przesądzone (nie zapadłe, przyszłe), które są zależne od rodzaju podjętych decyzji i dlatego też są ważne w procesie ich podejmowania¹⁸⁵.

Podział kosztów na koszty istotne i nieistotne wynika z roli kosztów w wyborze przyszłych wariantów działania¹⁸⁶. Te pierwsze mają wpływ na wybór określonych decyzji (np. koszty utrzymania pralni, kuchni szpitalnej). Z kolei koszty nieistotne nie wpływają na ich podjęcie, a wręcz przeciwnie pozostają takie same niezależnie od wariantu działania. W odniesieniu do tych kosztów można zatem stwierdzić iż¹⁸⁷:

- kosztami istotnymi są jedynie koszty przyszłe, gdyż każde decyzji dotyczy przyszłych wariantów działania,
- tylko te koszty, które różnią się charakterem albo wielkością w poszczególnych wariantach działania mogą być kosztami istotnymi,
- te same składniki kosztów i w tej samej wysokości w różnych wariantach decyzyjnych nie mają wpływu na podjęcie decyzji czyli są kosztami nieistotnymi.

Z punktu widzenia możliwości wpływu na rodzaj i wysokość ponoszonych kosztów wyróżnia się koszty kontrolowane, które zależą od decyzji kierownika określonego ośrodka

¹⁸⁵ M. Hass-Symotiuk, *Systematyka kosztów...*, op.cit. s. 86-88.

¹⁸⁶ C. Drury, *Rachunek...*, op.cit., s. 34-35.

¹⁸⁷ *Ibidem*, s. 35.

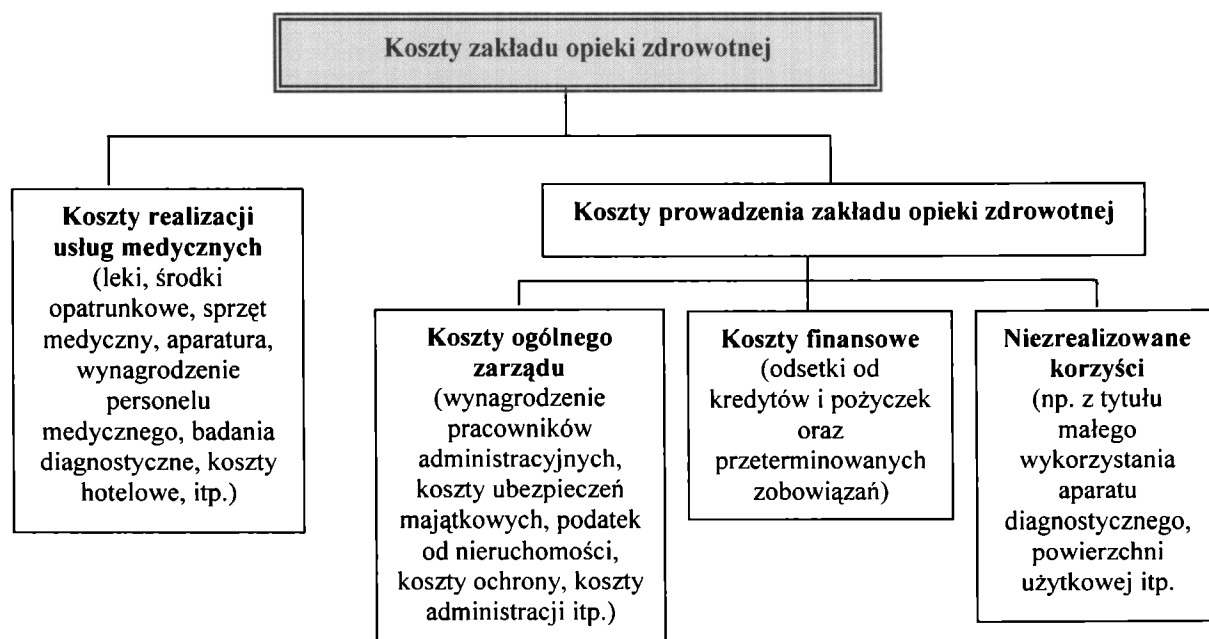
(np. dobór leków, technologii medycznych) oraz niekontrolowane, które są niezależne od tych decyzji (np. koszty amortyzacji aparatury i sprzętu medycznego, ogrzewanie pomieszczeń).

Ponadto podjęcie decyzji wiąże się z wyborem jednego, określonego wariantu działania, co wymaga porównania korzyści z kosztami dotyczącymi każdego z wariantów. W trakcie porównania pojawia się kategoria kosztów, które określa się mianem kosztów utraconych korzyści. Koszty te nie są przedmiotem ewidencji księgowej i definiuje się je jako koszty utracone w wyniku niepodjęcia najlepszej alternatywnej opcji działania¹⁸⁸.

W świetle powyższych uwag całość kosztów w sensie ekonomicznym¹⁸⁹ związanych z funkcjonowaniem zakładu opieki zdrowotnej, można podzielić na koszty realizacji usług medycznych i

koszty prowadzenia zakładu. Te ostatnie z kolei można podzielić na koszty ogólnego zarządu, koszty finansowe i niezrealizowane korzyści¹⁹⁰. Podział kosztów opieki zdrowotnej z ekonomicznego punktu widzenia ilustruje rysunek 25.

Rysunek 25. Podział kosztów zakładu opieki zdrowotnej według kryterium ekonomicznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Janik, *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w jednostkach ochrony zdrowia” Nr 7/2004, s. 22.

¹⁸⁸ M. Hass-Symotiuik, *Systematyka kosztów...*, op.cit., s. 87-89.

¹⁸⁹ Koszt ekonomiczny można zdefiniować jako sumę wartości uzasadnionego, realizowanego celami zużycia zasobów rzeczowych, zasobów pracy i zasobów finansowych oraz korzyści utraconych na skutek nieoptymalnej alokacji posiadanych zasobów.

¹⁹⁰ W. Janik, *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w jednostkach ochrony zdrowia” Nr 7/2004, s. 22.

Podsumowując można stwierdzić, iż zaprezentowana systematyka kosztów działalności zakładu opieki zdrowotnej daje możliwość ich rozpoznania, prawidłowej oceny ich poziomu dynamiki i czynników je kształtujących. Wiedza na ten temat staje się czynnikiem umożliwiającym rozpoznanie wielkości kosztów i wyników nie tylko w przekroju poszczególnych ośrodków kosztów, ale także tworzy podstawy do sterowania kosztami w zakresie ustalania budżetów i kontroli ich realizacji oraz obliczania standardów kosztowych dotyczących określonych usług medycznych, jednostek diagnostycznych, leczenia jednostek chorobowych itp.

3.3. Organizacja systemu informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej

Transformacja dokonywana w rodzimej ochronie zdrowia, a w szczególności zmiana systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zwiększenie odpowiedzialności ich kierownictwa za osiągane wyniki oraz tworzenie rynku usług medycznych, postawiły przed publicznymi placówkami służby zdrowia nowe wyzwania. Zakłady te znalazły się w nowej rzeczywistości ekonomiczno-prawnej i aby przetrwać i rozwijać się, muszą doskonalić zasady zarządzania. Zostały zmuszone do konkurencyjności o pacjentów, do poprawy efektywności gospodarowania posiadanymi zasobami, realizując przy tym nadrzędny cel, jakim jest zaspokojenie, stale rosnących, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

W tych warunkach szczególnie istotna jest znajomość kosztów świadczonych usług medycznych. Efektywne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej wymaga bowiem informacji o miejscu i wielkości generowanych kosztów, w tym poniesionych na realizację określonych usług medycznych (np. diagnostykę laboratoryjną), źródłach ich finansowania i osiąganych wynikach. Z kolei z punktu widzenia decyzji medycznych, od których w znacznym stopniu zależy wielkość ponoszonych kosztów, niezbędna jest wiedza o konsekwencjach ekonomicznych wybranych procedur diagnozowania i leczenia pacjentów. Dane te są konieczne do wkomponowania kryteriów ekonomicznych, wspomagających kryteria medyczne, do decyzji podejmowanych wewnątrz zakładu (np. w celu poprawy jakości realizowanych usług medycznych).

W Polsce podstawy prawne tworzenia informacji kosztowych dla zarządzania publicznymi placówkami ochrony zdrowia stanowią obecnie:

- 1) ustawa o zakładach opieki zdrowotnej¹⁹¹,
- 2) rozporządzenie MZiOS w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej¹⁹².

Rosnąca rola informacji kosztowych znalazła odzwierciedlenie w modyfikacji zasad rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Były one związane ze zmianami organizacyjno-prawnymi tych jednostek i ich gospodarki finansowej. W ewolucji rachunku kosztów tych zakładów można wyróżnić dwa okresy, którym towarzyszyły modyfikacje obowiązujących aktów prawnych:

- Etap I od 1993 do 1998 roku,
- Etap II od 1999 roku do obecnie.

Rachunek kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej został wdrożony dopiero w 1993 roku. Zasady jego funkcjonowania regulowało zarządzenie w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁹³, które zaczęło obowiązywać od 1 stycznia 1993 r. Obligowało ono publiczne jednostki służby zdrowia do¹⁹⁴:

- ujmowania kosztów realizowanych świadczeń w przekroju rodzajowym i podmiotowym,
- prowadzenia szczegółowej ewidencji analitycznej kosztów według miejsc powstawania (wprowadzenie pojęcia *ośrodka kosztów* rozumianego jako miejsce, przedmiot działalności lub wyodrębniony rodzaj kosztów ponoszonych w jednostce),
- ustalania pełnych kosztów funkcjonowania poszczególnych ośrodków (zadaniowych, usługowych),
- dokonywania kalkulacji kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych, przy wykorzystaniu odpowiedniego dla ośrodka miernika działalności.

Zgodnie z zarządzeniem ewidencja dochodów i kosztów była prowadzona według ośrodków kosztów, które zostały podzielone na ośrodki zadaniowe i usługowe. Jako ośrodki zadaniowe traktowano miejsca dostarczania pacjentowi świadczeń kończących proces leczenia, tzw. ośrodki usług finalnych (np. oddziały szpitalne, gabinety lekarskie podstawowej opieki zdrowotnej, ośrodki i poradnie specjalistyczne, pogotowie ratunkowe).

¹⁹¹ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Akt posiada tekst jednolity – Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.

¹⁹² 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

¹⁹³ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej (MP Nr 19, poz. 143).

¹⁹⁴ Więcej: J. Kogut, *Zakres rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] W. Krawczyk (red.), *Budżetowanie jednostek gospodarczych – teoria i praktyka*, AGH, Kraków 2002.

Natomiast za ośrodki usługowe uznano miejsca wytwarzania usług, które z punktu widzenia korzystających były usługami częściowymi (pośrednimi), niezbędnymi do realizacji zadań całościowych (usług finalnych). Wśród tych ośrodków wyodrębniono ośrodki o charakterze medycznym, tj. pracownię diagnostyczne, gabinety zabiegowe, laboratoria, aptekę, izby przyjęć, statystykę medyczną itp. i niemiedycznym, tj. kuchnia, pralnia, kotłownia zarząd i administracja, obsługa techniczna itp.

Wprowadzone w 1993 roku zarządzenie regulowało zasady gromadzenia i rozliczania kosztów działalności przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej w sposób uporządkowany, jednolity, co do metody i umożliwiało w ten sposób porównanie kosztów działalności zakładu ogółem, a także z podziałem na koszty poszczególnych ośrodków kosztów. Niewątpliwą zaletą obowiązującego wówczas rachunku kosztów było tworzenie klimatu do działań zmierzających ku racjonalizacji kosztów oraz upowszechnianie kultury informatycznej, poprzez zastosowanie techniki komputerowej do ewidencji i rozliczania kosztów. Stosowany jednakże do 1998 roku, w praktyce zakładów opieki zdrowotnej, rachunek kosztów posiadał wiele słabych stron i niedomagań. Głównym jego niedomaganiem było prowadzenie go poza systemem rachunkowości, co utrudniało kontrolę i ocenę prawidłowości ustalonych kosztów i ich wykorzystanie w zarządzaniu.

Obok rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej funkcjonował rachunek efektów (rezultatów), który był prowadzony przez statystykę medyczną i polegał na ustalaniu, za pomocą wskaźników ilościowych (np. liczba łóżek, liczba hospitalizacji, liczba osobodni leczenia pacjenta), wielkości i rodzaju zrealizowanych usług medycznych. Informacje te służyły do kalkulacji kosztów jednostkowych świadczonych usług. Jednak oba te rachunki były ze sobą luźno powiązane i służyły różnym celom.

Ponadto do innych, równie istotnych niedomagań tego rachunku kosztów można zaliczyć¹⁹⁵:

- duże uogólnienie ewidencjonowania i przetwarzania informacji kosztowych, które powodowało, że uzyskiwane koszty jednostkowe nie odzwierciedlały rzeczywistych kosztów leczenia pacjenta,
- niepełność i niedokładność dostarczanych informacji kosztowych,
- skupianie nadmiernej uwagi na układzie podmiotowym i przyporządkowanie go potrzebom kalkulacji kosztów, co powodowało pominięcie zagadnień odpowiedzialności

¹⁹⁵ M. Hass-Symotiuk, H. Jakimowicz, *Ocena zmian w rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USZ Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s. 78-79.

za koszty, przy uwzględnieniu kompetencji decyzyjnych kierownika określonego ośrodka kosztów,

- brak porównywalności wyliczanych wartości średniego kosztu jednostek kalkulacyjnych pośrednich (np. badań diagnostycznych RTG) i końcowych (np. kosztu leczenia pacjenta) oraz błędne traktowanie ich jako wskaźników pracy jednostki,
- trudność powiązania kosztów i ich wielkości z ilością i jakością wytworzonych usług medycznych oraz z przyczynami ich powstania,
- brak możliwości oceny poziomu kosztów jednostkowych wytwarzanych usług, co ograniczało ich wykorzystanie w planowaniu finansowym i alokacji środków wewnątrz jednostki,
- brak możliwości ustalania indywidualnych kosztów leczenia pacjenta, jednostek chorobowych, przypadku chorobowego,
- niepełny pomiar wartości dostarczanych usług (poza rachunkiem kosztów pozostawały takie koszty jak: amortyzacja, koszty zużytej krwi czy transportu sanitarnego).

Z przedstawionych założeń wynika, że działający w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w latach 1993-1998 rachunek kosztów umożliwiał jedynie ogólną orientację na temat kosztów rzeczywistych zakładów i ich komórek organizacyjnych, a jego wykorzystanie było znacznie ograniczone. Pięcioletni okres funkcjonowania tego rachunku kosztów zapoczątkował procesy racjonalizujące funkcjonowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Okres ten można więc uznać jako wstępny, stanowiący podstawę niezbędnych modyfikacji rachunku kosztów, poprzedzający wdrożenie kolejnych rozwiązań w tym zakresie.

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej po wdrożeniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 roku¹⁹⁶ i rozpoczęcie procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych spowodowały konieczność głębokich zmian w systemie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na informacje o działalności jednostki, w tym informacje kosztowe. Działania te wymusiły dalszą modyfikację rachunku kosztów, której celem było uczynienie z tego rachunku ważnego instrumentu zarządzania i kontroli gospodarności poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu.

Zmieniony model rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej, określany także „nowym”, wdrożony od 1999 roku i obowiązujący do dziś, został uregulowany

¹⁹⁶ Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej¹⁹⁷.

Zgodnie z tym rozporządzeniem jednostki służby zdrowia są zobligowane do prowadzenia rachunku kosztów w dwóch układach grupowania kosztów:

- według rodzaju zużywanych czynników działalności,
- według miejsc powstawania kosztów, realizowanych funkcji i nośników kosztów.

Rachunek rodzajowy kosztów służy do ewidencji wszystkich kosztów, jakie powstają w zakładzie opieki zdrowotnej w związku ze świadczeniem usług medycznych oraz funkcjonowaniem zakładu jako całości. Koszty zgrupowane w układzie rodzajowym są kosztami prostymi, co umożliwia rozdzielenie poszczególnych składników kosztów na miejsca ich powstawania oraz na nośniki kosztów.

Zastosowanie układu rodzajowego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej ułatwia kontrolę zużycia czynników związanych ze świadczeniem usług medycznych a także wgląd w wewnętrzną strukturę kosztów. Zgodnie z rozporządzeniem ewidencja kosztów w układzie rodzajowym obejmuje:

- 1) zużycie materiałów i energii,
- 2) usługi obce,
- 3) podatki i opłaty,
- 4) wynagrodzenia,
- 5) świadczenia na rzecz pracowników,
- 6) amortyzację,
- 7) pozostałe koszty.

Typowe pozycje kosztów rodzajowych jednostek służby zdrowia przedstawia tabela 22.

Tabela 22. Wykaz grup kosztów rodzajowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej

Pozycja kosztowa	Charakterystyka pozycji kosztowej
Amortyzacja	• Amortyzacja budynków i budowli, • Amortyzacja aparatury medycznej, • Amortyzacja pozostałych obiektów, • Amortyzacja wartości niematerialnych i prawnych.
Zużycie materiałów i energii	• Zużycie sprzętu medycznego jednorazowego użytku, • Zużycie leków i materiałów medycznych, • Zużycie krwi i preparatów krwiopochodnych, • Zużycie odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych, • Zużycie pozostałych materiałów medycznych, • Artykuły żywnościowe,

¹⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998..., op. cit.

	• Materiały do konserwacji i remontu sprzętu medycznego, • Materiały do konserwacji i remontu budynków, • Bielizna i pościel, • Materiały na cele administracyjno-gospodarcze, • Paliwa, • Pozostałe materiały, • Zużycie energii elektrycznej, ciepłej, pozostałej (woda, gaz).
Usługi obce	• Usługi remontowe, • Usługi medyczne (zakup procedur medycznych), • Konserwacja i naprawa sprzętu i aparatury medycznej, • Usługi łączności, • Dozór mienia, • Usługi najmu, dzierżawy, leasingu, • Usługi pralnicze, • Usługi transportowe (przewozy pacjentów), • Usługi komunalne, • Kontrakty (usługi menedżerskie).
Podatki i opłaty	• Podatek od nieruchomości, • Podatki i opłaty lokalne, • Opłaty roczne za wieczyste użytkowanie gruntów, • Podatek VAT niepodlegający odliczeniu od VAT należnego lub zwrotowi, • PFRON, • Opłaty skarbowe, sądowe, notarialne, • Urzędowe opłaty administracyjne, • Opłaty za korzystanie ze środowiska.
Wynagrodzenia	• Wynagrodzenia ze stosunku pracy, • Wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło.
Świadczenia na rzecz pracowników	• Składki na ubezpieczenia społeczne w części obciążającej pracodawcę, • Składki na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, • Odpisy na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, • Dopłaty do biletów, kwater, wyżywienia, • Świadczenia rzeczowe związane z BHP, np. środki czystości, posiłki profilaktyczne i regeneracyjno-wzmacniające, odzież ochronna. • Wydatki związane z ochroną zdrowia, • Koszty szkolenia pracowników, • Ubezpieczenia osobowe pracowników, • Wypłaty pieniężne nie zaliczane do wynagrodzeń, np. nagrody jubileuszowe.
Pozostałe koszty	• Podróże służbowe, • Ryczałty za używane samochodów prywatnych do celów służbowych, • Składki członkowskie, • Wypłaty pieniężne na rzecz pracowników nie zaliczane do wynagrodzeń i do świadczeń na rzecz pracowników (np. odszkodowania powypadkowe, odprawy pośmiertne), • Ubezpieczenia majątkowe i ubezpieczenia OC zakładu opieki zdrowotnej, • Koszty reprezentacji i reklamy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuik (red.), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 335-347.

Rozporządzenie wprowadziło także nową klasyfikację ośrodków kosztów, dzieląc je na:

- ośrodki kosztów działalności podstawowej, zwane też głównymi miejscami wykonywania

świadczeń medycznych, kończącymi proces leczenia lub określoną jego fazę w danym zakładzie (np. szpitalu) albo dostarczanych na zamówienie (kupowane) przez innych odbiorców. Zalicza się do nich przede wszystkim ośrodki kosztów realizujące tzw. świadczenia rynkowe (kontraktowane przez płatników),

- ośrodki kosztów działalności pomocniczej, związane z wykonywaniem działalności wspomagającej działalność podstawową, wykonujące wewnątrzzakładowe usługi na rzecz innych ośrodków kosztów,
- ośrodki kosztów zarządu, związane z obsługą całokształtu działalności jednostek organizacyjnych lub całego zakładu opieki zdrowotnej.

W zakładach opieki zdrowotnej do działalności podstawowej zaliczamy komórki organizacyjne, które realizują świadczenia zdrowotne będące przedmiotem sprzedaży (np. w ramach kontraktowania przez NFZ), a w szczególności:

- oddziały szpitalne,
- poradnie w przychodni przyszpitalnej lub poradnie w samodzielnej przychodni,
- ośrodki wykonujące procedury medyczne.

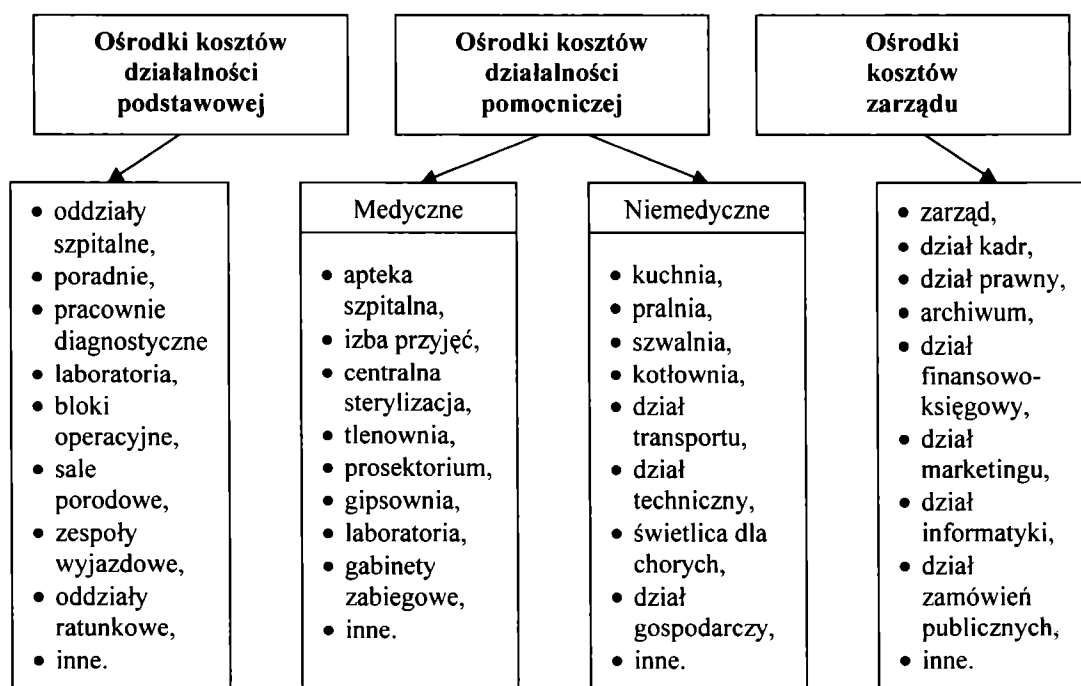
Działalność pomocnicza realizowana w tych jednostkach zajmuje się wspomaganie działalności podstawowej, a ośrodki kosztów wyodrębnione w ramach tej działalności można podzielić umownie na dwie grupy podmiotów:

- podmioty prowadzące działalność o charakterze medycznym,
- podmioty prowadzące działalność o charakterze niemedycznym.

Szczegółowy podział na ośrodki może być różny w poszczególnych jednostkach świadczących usługi medyczne, gdyż zależy w dużej mierze od rozmiarów i specyfiki wykonywanej przez jednostkę działalności. Podział ten może pokrywać się ze strukturą organizacyjną zakładu, może być bardziej szczegółowy niż ta struktura a także może łączyć jednostki organizacyjne.

Przynależność komórek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej do grup ośrodków kosztów przedstawia rysunek 26. Warto dodać, że w nowym układzie podmiotowym rachunku kosztów, pomocnicze ośrodki kosztów o charakterze medycznym mogą pełnić w zakładzie podwójną rolę z punktu widzenia odbiorców świadczonych usług. Mogą one bowiem realizować świadczenia diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne zarówno na rzecz innych komórek organizacyjnych zakładu, jak też na rzecz odbiorców zewnętrznych. W tym ostatnim przypadku stają się podstawowymi ośrodkami kosztów, realizującymi usługi rynkowe, będące przedmiotem sprzedaży.

Rysunek 26. Przykładowy wykaz ośrodków kosztów publicznego zakładu opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk (red.), *Rachunkowość i plan...*, op. cit., s. 335-347.

Z punktu widzenia dokładności informacji uzyskiwanych z rachunku kosztów, istotne znaczenie ma szczegółowość stosowanego układu podmiotowo – funkcjonalnego. Precyzyjny podział jednostki na miejsca powstawania kosztów, zwłaszcza w ramach działalności podstawowej, pozwala na otrzymywanie informacji o kosztach poszczególnych rodzajów działalności medycznej oraz kalkulowanie jednostkowych kosztów realizowanych usług medycznych. W tym celu dobrze jest przeprowadzić podział ośrodków wykonujących różne procedury medyczne na ośrodki mniejsze, wykonujące w miarę jednorodne procedury ze względu na personel i wykorzystywaną aparaturę medyczną.

Zaprezentowane ujęcie kosztów, zgodne z rozporządzeniem, umożliwia odzwierciedlenie ich struktury w przekroju jednostek organizacyjnych, osób odpowiedzialnych za nie wewnątrz zakładu. Przekrój ten daje podstawy do alokacji środków wewnątrz ZOZ, a prawidłowe wyodrębnienie ośrodków kosztów zwiększa dokładność kalkulacji oraz umożliwia kontrolę ponoszonych kosztów. Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów ustala kierownik zakładu, biorąc pod uwagę nośniki kosztów, stanowiące jednocześnie jednostki kalkulacyjne, którymi mogą być:

a) w ośrodkach kosztów działalności podstawowej będących oddziałami szpitalnymi,

osobodzień leczenia z podziałem na:

- osobodni hotelowe (pobytowe),
- osobodni opieki medycznej (przy łóżku chorego) oraz
- leczonego pacjenta z przypisanymi na jego rzecz lekami i procedurami medycznymi;

b) w pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej, zrealizowane procedury medyczne, z podziałem na:

- diagnostyczne,
- zabiegowo-terapeutyczne,
- laboratoryjne,
- farmakologiczne,
- porady,
- wizyty (przyjęcia),
- wyjazdy zespołu wyjazdowego oraz
- pacjent z wykonanymi badaniami, procedurami medycznymi;

c) w ośrodkach kosztów działalności pomocniczej, różne usługi świadczone przez te ośrodki, np. sterylizacja, iniekcja, zabieg, badanie, procedura medyczna itp.

Przy takim wyodrębnieniu jednostek kalkulacyjnych oraz zastosowaniu odpowiedniego rachunku kalkulacyjnego obiektem kosztów stał się konkretny pacjent, określona jednostka chorobowa czy program zdrowotny.

Warto również dodać, iż w ramach układu podmiotowo-przedmiotowego wyodrębniono koszty bezpośrednie i pośrednie. Przy kwalifikowaniu do kosztów bezpośrednich należało tylko przypisać koszty istotne, opłacalne i możliwe do określenia na podstawie dokumentów źródłowych. W ośrodkach działalności podstawowej zaklasyfikowano do nich między innymi koszty materiałów bezpośrednich, w tym leków i odczynników oraz sprzętu medycznego jednorazowego użytku, a także koszty płac bezpośrednich wraz z narzutami. W ośrodkach działalności pomocniczej – koszty materiałów zużytych bezpośrednio do wykonywania tych usług oraz wynagrodzenia wraz z narzutami dotyczące tych ośrodków. Z kolei za koszty pośrednie uznano koszty powstałe w ośrodku kosztów, nie zaliczane do kosztów bezpośrednich, a także koszty ośrodków działalności pomocniczej rozliczone według odpowiednio dobranych kryteriów podziałowych, ustalonych przez kierownika zakładu, z uwzględnieniem przyjętych nośników kosztów. Przy doborze kluczy podziałowych kosztów konieczne jest przestrzeganie zasady proporcjonalności tych kluczy do kosztów przyjętych za podstawę ich rozliczenia.

Obowiązujący od 1999 roku w publicznych zakładach opieki zdrowotnej rachunek

kosztów został włączony do systemu rachunkowości, umożliwiając ustalanie wyniku finansowego zakładu. Niewątpliwą jego zaletą jest wkomponowanie układu podmiotowego kosztów w już istniejący układ rodzajowy i funkcjonalno – podmiotowy. Ponadto należne miejsce w tym rachunku poświęcono kalkulacji kosztu jednostkowego, określając podstawowe nośniki kosztów tj. procedury medyczne, koszty leczenia pacjenta, koszty określonych jednostek chorobowych, niezbędne do ustalenia cen usług medycznych i zawierania kontraktów na świadczenia zdrowotne.

Rachunek ten nie jest jednak idealny i posiada wiele niedoskonałości. Podobnie jak w rachunku kosztów obowiązującym w latach 1993-1998 nie określono w nim niezbędnych zbiorów informacji kosztowych. Poza tym zasady wyznaczania kosztów standardowych są dosyć skomplikowane, a niski poziom komputeryzacji (w szczególności części medycznej) sprawia, że powstają trudności w powiązaniu informacji medycznych z informacjami finansowymi. Ponadto ustalanie własnych, zakładowych standardów kosztowych procedur medycznych powoduje, że utrudnione jest porównywanie kształtowania się kosztów pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, na poziomie regionalnym jak i instytucji centralnych¹⁹⁸.

Rozważając kierunki przekształcenia obecnego rachunku kosztów w aktywny instrument zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, należy podkreślić, że zmiany modelowe w tym zakresie powinny być ukierunkowane na takie zagadnienia jak:

- powiązanie odpowiedzialności za poziom kosztów z ośrodkami kosztów,
- poszerzenie czasowego przekroju rachunku kosztów o płaszczyznę *ex ante*, co wiąże się z włączeniem w zakres rachunku kosztów elementów planowania, budżetowania umożliwiających kontrolę i analizę ponoszonych kosztów,
- powiązanie tego rachunku z systemem informacji medycznych (efektami działalności określonych jednostek), co da podstawy do badania zależności przyczynowo-skutkowych między ponoszonymi kosztami i osiąganymi efektami, opracowanie standardów kosztowych świadczeń zdrowotnych,
- powiązanie rachunku kosztów z rachunkiem przychodów, co umożliwi ustalenie krótkookresowego wyniku finansowego w przekroju rodzajów działalności, grup świadczeń medycznych czy komórek organizacyjnych,
- integracja rachunku kosztów z systemem bodźców, co powinno sprzyjać racjonalizacji wykorzystania zasobów i poprawić efektywność gospodarowania zasobami.

¹⁹⁸ M. Hass-Symotiuk, H. Jakimowicz, *Ocena zmian w rachunku kosztów...*, op.cit., s. 80-83.

Prawidłowa organizacja informacji kosztowej i rachunku kosztów pozwala bowiem na sprawne i efektywne funkcjonowanie szpitala. Znaczącą rolę w tym zakresie odgrywa system ewidencjonowania, rozliczania i kalkulowania kosztów. W szpitalach cele wyznaczone dla tego systemu powinny sprowadzać się przede wszystkim do¹⁹⁹:

- a) rozliczania zakładu z płatnikiem za wykonanie świadczenia,
- b) kontroli i oceny efektywności działalności,
- c) poznania czynników kształtujących koszty usług medycznych,
- d) sterowania działalnością szpitala,
- e) wytyczania planów i programów zdrowotnych,
- f) prawidłowej alokacji zasobów wewnątrz jednostki,
- g) ustalania standardów kosztowych (procedur diagnostycznych, terapeutycznych, leczenia określonych jednostek chorobowych, grup pacjentów itp.) oraz
- h) ustalania cen na usługi medyczne.

W dalszej części rozdziału zostanie zaprezentowana organizacja informacji kosztowej i rachunku kosztów w badanym zakładzie opieki zdrowotnej. Celem tej prezentacji jest charakterystyka istniejących rozwiązań w zakresie stosowanych zasad ewidencji i rozliczania kosztów oraz wskazanie kierunków wykorzystania informacji kosztowych, pochodzących z tych systemów w procesie zarządzania jednostką.

Badany zakład opieki zdrowotnej to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – szpital wojewódzki (SP ZOZ Szpital Wojewódzki), działający w oparciu o:

- a) Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.²⁰⁰,
- b) Ustawę o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r.²⁰¹,
- c) Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r.²⁰²,
- d) swój statut,
- e) inne przepisy dotyczące funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 35b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej szpitale publiczne są prowadzone w formie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań oraz

¹⁹⁹ M. Hass-Symotiuk, *Rachunek kosztów dla polskich szpitali publicznych u schyłku XX wieku*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej SKwP 1998 nr 44, s. 81-82.

²⁰⁰ Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm. Akt posiada tekst jednolity (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

²⁰¹ Tekst jednolity z 18 września 2001 r. Dz. U. Nr 14, poz. 1590 z późn. zm.

²⁰² Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.

prowadzącego gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie. Ustawa dopuszcza w ściśle określonej sytuacji, prowadzenie szpitali w formie jednostek budżetowych lub zakładu budżetowego, z wyjątkiem tych, dla których organem założycielskim jest państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (art.35c). Taki szpital prowadzi wówczas gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych²⁰³.

Większość szpitali publicznych w Polsce działa jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 56 wartość ich majątku określają: fundusz założycielski i fundusz zakładu. Artykuły 57 i 58 precyzują możliwe sposoby zwiększania tych funduszy. I tak, fundusz założycielski zwiększają, przekazane z budżetu państwa dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary, mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe. Natomiast fundusz zakładu zwiększa się o: zysk bilansowy oraz kwoty zwiększenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów. Ponadto SP ZOZ sam decyduje o podziale zysku.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej są podmiotami gospodarczymi, ale o szczególnym charakterze, ponieważ spełniają wszystkie kryteria zaliczenia ich do przedsiębiorstw nienastawionych na zysk (organizacje typu *non profit*)²⁰⁴. To implikuje dodatkowe problemy przy pomiarze ich działalności i kontroli. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powinien się samofinansować (art. 35b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), ale ponieważ zakład tworzony i utrzymywany jest w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art.1), to w ustawie (na zasadzie domniemania) dopuszcza się możliwość zadłużania się zakładu. Z drugiej strony, choć jedną z przyczyn likwidacji

²⁰³ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.

²⁰⁴ Anthony i Young w sposób następujący charakteryzują organizacje nienastawione na zysk:

- nieobecność zysku jako miary działalności;
- odmienne uwarunkowania prawne i podatkowe;
- większe ograniczenia dotyczące celów i strategii;
- mniejsza zależność finansowa od klientów nabywających dobra dostarczane przez organizację;
- silna pozycja profesjonalistów w organizacji;
- odmienny sposób zarządzania;
- wrażliwość na wpływy polityczne;
- niechłubna tradycja nieodpowiedniej kontroli zarządzania .

[w]: R.N. Anthony, D.W. Young: *Management Control in Nonprofit Organizations*, IRWIN, Homewood, Illinois, 1998, s. 54-74

może być ujemny wynik finansowy zakładu (art. 60) to likwidacja nie jest możliwa, jeżeli spowoduje ograniczenia w dostępie do świadczonych usług.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może się w swojej działalności opierać na zasadach klasycznego rachunku ekonomicznego²⁰⁵. Zakłady działają jednak w warunkach ostrych ograniczeń budżetowych i dlatego trzeba odrzucić drugą możliwą skrajność, którą jest podejście czysto kliniczne, zakładające, że w procesie leczenia konieczne jest zastosowanie wszystkich możliwych (w znaczeniu: oferowanych przez współczesną wiedzę i technologię medyczną) sposobów leczenia określonej choroby²⁰⁶.

Ponadto, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej musi pełnić swoją publiczną misję i funkcje społeczne, które kolidują z zasadami rachunku ekonomicznego. Art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wyraźnie określa, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia, zakład opieki zdrowotnej nie ma prawa do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Nawet wtedy, gdy istnieje domniemanie graniczące z pewnością, że koszt takiej usługi obciąży sam zakład.

SP ZOZ Szpital Wojewódzki został oddany do użytku w 2000 roku i mieści się w nowoczesnym obiekcie. Obejmuje swą opieką populację liczącą około 500 tys. ludności. Organem założycielskim szpitala jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego. Szpital stanowi wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu:

- udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych (szpitalnych),
- udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych,
- realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia,
- kształcenia osób wykonujących zawody medyczne.

Zakres świadczeń zdrowotnych szpitala obejmuje:

- a) badania i porady lekarskie,
- b) leczenie,
- c) badanie i terapię psychologiczną,
- d) rehabilitację leczniczą,
- e) opiekę nad kobietą ciężarną, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- f) szczepienia ochronne i inne działania zapobiegawcze,
- g) diagnostykę i analitykę medyczną,

²⁰⁵ M. Lubicz, *Zarządzanie i rachunek kosztów a decyzje w opiece medycznej*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu, nr 719/1996.

²⁰⁶ Ibidem.

- h) pielęgnację chorych i niepełnosprawnych,
- i) opiekę paliatywną i hospicyjną,
- j) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- k) prowadzenie działalności profilaktycznej i oświatowo-zdrowotnej.

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych może być poszerzony w zależności od potrzeb i wynikać z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, przyjmowanych zleceń i zawieranych umów.

Strukturę organizacyjną szpitala tworzą piony, oddziały, działy, zakłady, sekcje oraz samodzielne stanowiska pracy. Komórki te zostały wyodrębnione organizacyjnie i zadaniowo. Wśród nich wyraźnie wyróżniają się dwie grupy komórek: pion leczenia i pion ekonomiczny. Szpitalem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz dyrektor, przy pomocy zastępcy dyrektora ds. leczenia i ds. ekonomiczno-eksploatacyjnych.

Szpital posiada cztery oddziały podstawowe (Internistyczny z pododdziałem onkologicznym, Chirurgię z pododdziałami: chirurgii dziecięcej, naczyniowej i onkologicznej, Pediatrię, Ginekologię z Położnictwem) oraz dziewięć oddziałów specjalistycznych (Chirurgię Urazowo-Ortopedyczną, Urologię, Kardiologię, Okulistykę, Laryngologię, Neonatologię, Intensywną Terapię, Neurologię z Pododdziałem Udarowym, Stację Dializ, Chemioterapię) wraz podległymi im pododdziałami, poradniami i pracownikami.

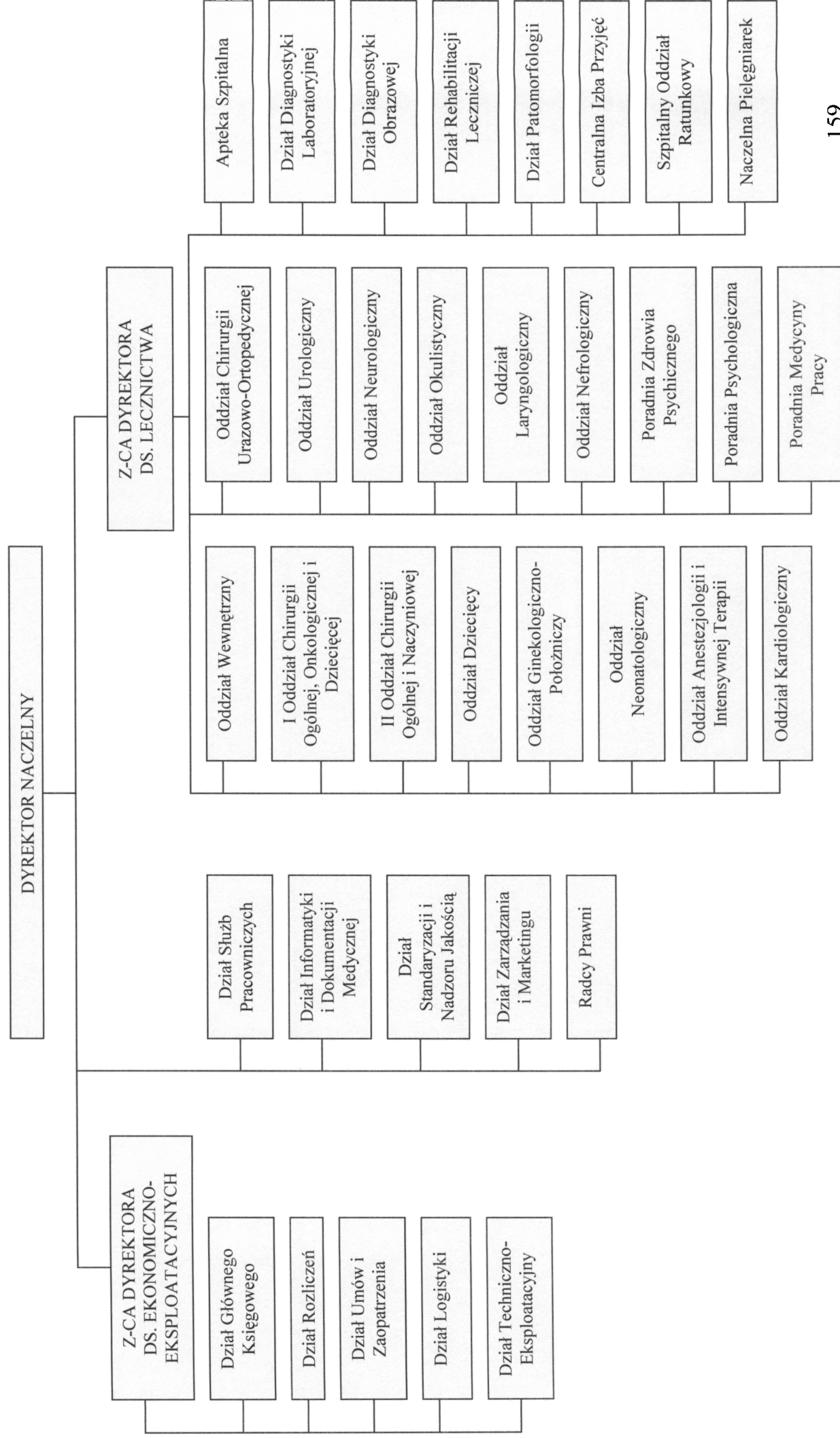
Szpital dysponuje Działem Rehabilitacji, Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Poradniami Specjalistycznymi i bogatym zapleczem Diagnostyki Obrazowej, z nowym tomografem komputerowym, angiografem oraz pracownią endoskopową. Dla potrzeb szpitala pracują certyfikowane Laboratoria: Analityczne, Mikrobiologiczne i Serologii z Bankiem Krwi oraz własna sterylizacja. Szpital dysponuje ponadto własnym lądowiskiem dla helikopterów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Struktura organizacyjna szpitala została przedstawiona na rysunku 27.

Obecnie badana jednostka zatrudnia 924. pracowników, w tym 157. lekarzy i 402. pielęgniarki i położne. 88. lekarzy posiada specjalizacje medyczne, a 8. tytuł naukowy. Kadra lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w zakładzie to wybitni fachowcy, z dużym doświadczeniem zawodowym i umiejętnościami praktycznymi.

W dyspozycji szpitala znajduje się 526 łóżek, na których hospitalizowanych jest miesięcznie około 1600-1700 pacjentów, również rodzi się w nim około 120 noworodków, a w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pomocy doraźnej udziela się około 2500 pacjentom. Efektem tego średnie obłożenie łóżek szpitalnych kształtuje się na poziomie 65%.

Rysunek 27. Struktura organizacyjna SP ZOZ Szpital Wojewódzki



Organizacja informacji kosztowej i rachunku kosztów, w badanym zakładzie, według opinii dyrekcji i służb księgowych, prowadzona jest zgodnie przyjętymi zasadami (polityką) rachunkowości, określonymi na podstawie ustawy o rachunkowości²⁰⁷ i rozporządzenia MZiOS²⁰⁸.

Szpital prowadzi ewidencję kosztów według rodzajów na kontach zespołu 4, ze szczegółowością określoną do poszczególnych kont tego zespołu (wykaz symboli kosztowych pogrupowanych według rodzaju kosztów stosowanych w badanym szpitalu przedstawiono w załączniku 1) oraz równocześnie w układzie funkcjonalnym – według stanowisk (ośrodków) powstawania kosztów działalności medycznej podstawowej, odmian działalności pomocniczych wyodrębnionych organizacyjnie oraz działalności ogólnego zarządu na kontach zespołu 5. Wykaz ośrodków kosztów SP ZOZ Szpital Wojewódzki przedstawia tabela 23.

Koszt wytwarzania sprzedanych usług medycznych ustala się na koncie „Koszt sprzedanych usług medycznych” stosując ewidencję analityczną do tego konta według miejsc powstawania kosztów określonych do konta „Koszty działalności medycznej” w korelacji z ewidencją szczegółową przychodów ze sprzedaży usług do konta „Sprzedaż usług medycznych”.

Ponadto szpital klasyfikuje koszty według dodatkowych kryteriów, tj.: stopnia zmienności – na stałe i zmienne oraz związku kosztów z nośnikiem kosztów – na bezpośrednie i pośrednie, dzięki czemu istnieje możliwość zastosowania rachunku kosztów zmiennych do ustalania wyniku finansowego poszczególnych oddziałów oraz do dokładnej analizy i oceny finansowej efektów ich działalności. Należy zaznaczyć, iż podział kosztów na zmienne i stałe ustalany jest w sposób arbitralny, często na podstawie osądu służb księgowości.

SP ZOZ sporządza rachunek zysków i strat w wariantcie porównawczym. Koszty dotyczące działalności pozastatutowej są ewidencjonowane na kontach kosztów zespołu 4 oraz równocześnie w układzie funkcjonalnym – według ośrodków powstawania kosztów działalności pomocniczej niemedycey, w korelacji z ewidencją szczegółową przychodów na kontach zespołu 7 i są prezentowane w rachunku zysków i strat analogicznie jako pozostałe koszty i pozostałe przychody operacyjne. Koszty amortyzacji budynków w zakresie działalności statutowej jednostki ewidencjonowane na koncie zespołu 4 są również przedstawiane w rachunku zysków i strat w pozostałych kosztach operacyjnych ze względu

²⁰⁷ Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.

²⁰⁸ *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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).*

na to, iż szpital zarządza nieodpłatnie nieruchomościami, których właścicielem jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego.

Tabela 23. Ośrodki kosztów w SP ZOZ Szpital Wojewódzki

Typ ośrodka kosztów	Ośrodki kosztów
Podstawowa działalność medyczna	Oddziały szpitalne: Oddział kardiologiczny, Oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej, Oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej, Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, Oddział pediatriczny, Oddział położniczo-ginekologiczny, Oddział neonatologiczny z pododdziałem IOM, Oddział neurologiczny, Oddział urologiczny, Oddział okulistyczny, Oddział laryngologiczny, Oddział anestezjologii i intensywnej terapii, Oddział chorób wewnętrznych, Pododdział onkologiczny, Szpitalny oddział ratunkowy (SOR), Stacja dializ, Poradnie specjalistyczne: Poradnia chirurgii dziecięcej, Poradnia laryngologiczna, Poradnia diabetologiczna, Poradnia neurologiczna, Poradnia neurologiczna dla dzieci, Poradnia urologiczna, Poradnia psychologiczna, Poradnia reumatologiczna, Poradnia kardiologiczna, Poradnia nefrologiczna, Poradnia chirurgii przewodu pokarmowego, Poradnia ortopedyczna, Poradnia alergologiczna, Poradnia ginekologiczno-położnicza, Poradnia okulistyczna, Poradnia medycyny paliatywnej, Poradnia chemioterapii, Poradnia medycyny pracy, Poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych i dla dzieci.
Pomocnicza działalność medyczna	Apteka szpitalna, Dział rehabilitacji leczniczej, Pracownia USG, Pracownia endoskopowa, Prosektorium, Sekcja statystyki i dokumentacji chorych, Centralna tlenownia, Pracownia patomorfologii, Pracownia EEG, Dział eksploatacji i naprawy sprzętu i aparatury medycznej, Dział diagnostyki obrazowej, RTG, Mammograf, Tomograf, Blok operacyjny, Blok A – okulistyczny, Blok B – urazowo-ortopedyczny, Blok DS – chirurgii ogólnej, Blok OAiLT, Blok B – laryngologiczny, Blok C – urologiczny, Blok C – ginekologiczny, Centralna sterylizacja, Sterylizacja parowa, Sterylizacja plazmowa, Stacja dezynfekcji łóżek, Izba przyjęć ogólna, Izba przyjęć – internistyczna, Izba przyjęć – chirurgiczna, Izba przyjęć – ginekologiczna, Izba przyjęć – kardiologiczna, Izba przyjęć – okulistyczna, Izba przyjęć – laryngologiczna, Izba przyjęć – neurologiczna, Izba przyjęć – urologiczna, Izba przyjęć – ortopedyczna, Izba przyjęć – pediatriczna, Laboratorium centralne, Laboratorium serologiczne, Laboratorium mikrobiologiczne, Pracownia kardiologii interwencyjnej i zabiegowej naczyń, Pracownia kardiologii interwencyjnej, Pracownia badania i zabiegów naczyniowych.
Pomocnicza działalność niemedyczna	Kuchnia + Magazyn żywienia, Kotłownia, Warsztat mechaniczny, Chłodnia odpadów medycznych, Warsztat elektryczny, Warsztat elektroniczny, Transport Wewnątrzszpitalny, Centralne szatnie, Pomieszczenia techniczne monobloku A, Pomieszczenia techniczne monobloku B, Magazyn odzieży chorych, Transport, Kaplica, Punkt przyjęć bielizny, Wewnętrzne sieci elektroenergetyczne, Sieci ciepłownicze i gazowe, Instalacje i urządzenia łączności, Instalacje i urządzenia ppoż., Hydroformia, Kserokopiarka.
Koszty zarządu	Koszty zarządu i ogólnozakładowe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w SP ZOZ Szpital Wojewódzki.

Szpital posiada stosunkowo dobrze rozwinięty system rozliczania kosztów działalności pomocniczej. Dobór nośników jest szczegółowy, w dużym stopniu opierający się na koszcie normatywnym, będącym stabilizowaną stawką narzutu ustalaną najczęściej na okres roczny.

Analizę przyjętych rozwiązań w zakresie stosowanych nośników kosztów przedstawia

tabela 24.

Badany podmiot próbuje dokonywać wyceny wybranych procedur medycznych po rzeczywistym koszcie ich wytworzenia. Jednak uzyskane w ten sposób informacje, mimo iż powinny być podstawą do kalkulacji kosztów leczenia pacjentów, a co za tym idzie do ustalania cen poszczególnych procedur medycznych i opracowywania ofert oraz rozliczania z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie są w ten sposób w całości wykorzystywane. Za główną przyczynę takiej sytuacji dyrekcja szpitala uznaje niewłaściwie opracowany program komputerowy (brak możliwości powiązania danych medycznych z księgowymi), służący do przetwarzania danych oraz stosowanie praktyk leczniczych niezgodnych z wcześniej ustalonymi standardami. Ponadto, brak lub ograniczone możliwości wykorzystania tych informacji w procesie kontraktowania usług medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia (brak zainteresowania tymi informacjami ze strony NFZ), powodują mniejsze zainteresowanie kalkulacją rzeczywistych kosztów wytworzenia usług medycznych. Nie przedkłada się to bowiem na wartość zakontraktowanych w umowach usług.

Tabela 24. Klucze rozliczeniowe wykorzystywane do alokacji kosztów ośrodków działalności pomocniczej w SP ZOZ Szpital Wojewódzki

Nazwa ośrodka kosztów działalności pomocniczej	Nośniki kosztów stosowane przez szpital
Izba przyjęć	Liczba przyjętych pacjentów
Laboratorium	Liczba wykonanych badań i analiz
Blok operacyjny	Liczba godzin korzystania z bloku
Pracownie (RTG, USG itp.)	Liczba wykonanych badań
Apteka	Wartość wydanych leku
Sterylizacja	Liczba sterylizowanych pakietów
Pracownia patomorfologii	Liczba wykonanych badań
Centralna tlenownia	Liczba zużytych butli
Dział rehabilitacji leczniczej	Liczba wykonanych zabiegów
Sekcja statystyki i dokumentacji chorych	Liczba przyjętych pacjentów
Kotłownia	m ² powierzchni grzewczej
Warsztat mechaniczny	Liczba wykonanych godzin
Kuchnia	Liczba wydanych posiłków
Warsztat elektryczny	Liczba roboczogodzin
Punkt przyjęć bielizny	Kilogramy przyjętej bielizny
Centralne szatnie	Liczba zatrudnionych
Kaplica	Liczba oddziałów (bez oddziałów dziennych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Informacje kosztowe płynące z rachunku kosztów są wykorzystywane w głównej mierze do sporządzania sprawozdań finansowych, ustalania kosztów świadczeń medycznych, jak również budżetowania. Ponadto, są one uwzględniane przy podejmowaniu decyzji

długookresowych, np. w zakresie opłacalności nowych inwestycji czy wykorzystaniu nowych technologii.

Budżetowanie jest definiowane między innymi jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem, obejmująca zasady planowania i wykorzystania środków finansowych w celu efektywnego wykonania zadań²⁰⁹. Ma ona służyć wspieraniu kadry kierowniczej w podejmowaniu decyzji i tworzeniu mechanizmu skutecznego zarządzania jednostką.

W badanej jednostce budżetowanie zostało wdrożone w 2006 roku, przede wszystkim jako odpowiedź na zmiany w zakresie finansowania świadczeń medycznych i opiera się na sporządzaniu jedynie budżetów kosztów, czyli „...szczegółowych zestawień wartościowych planowanych na dany okres kosztów...”²¹⁰.

Procedura budżetowania została opracowana i wdrażana przy udziale dyrektora ds. ekonomiczno-eksploatacyjnych. W procesie tym szpital korzysta z powszechnie dostępnej aplikacji Microsoft Excel. Szpital nie posiada jednak sformułowanej na piśmie instrukcji budżetowej, zawierającej zestaw szczegółowych procedur sporządzania budżetów wraz z wzorami formularzy budżetowych. W procesie sporządzania budżetów zaangażowana jest dyrekcja, główny księgowy oraz pracownicy komórek księgowości i kosztów²¹¹.

W zakresie stosowanych przez szpital procedur budżetowania, wyodrębnia on spośród ośrodków odpowiedzialności ośrodki zadaniowe (oddziały, poradnie), ośrodki usługowe (pracownie i pozostałe ośrodki) oraz komórki zarządu. Wszystkie ośrodki traktowane są jako jednostki odpowiedzialne za wynik finansowy. Ośrodkom usługowym medycznym, które nie mają zakontraktowanych świadczeń z NFZ, przypisuje się przychody wewnętrzne, wynikające z usług realizowanych na rzecz ośrodków zadaniowych oraz przychody dotyczące usług wykonywanych na rzecz innych jednostek. Komórki zarządu traktuje się przede wszystkim jako centra kosztów, którym przyporządkowuje się jedynie przychody ze sprzedaży pozamedycznej np. z tytułu wynajmu sal konferencyjnych, wadia przetargowe, wpłaty za ksero, za telefony itp.

Badany SP ZOZ sporządza budżety kosztów w przekroju poszczególnych, zadaniowych ośrodków odpowiedzialności. Koszty w ramach tych ośrodków są ujmowane według rodzajów oraz z podziałem na koszty bezpośrednie i pośrednie.

²⁰⁹ J. Komorowski, *Budżetowanie jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem*, PWN, Warszawa 1997, s. 18.

²¹⁰ K. Aleksandrowicz (red.), *Leksykon przedsiębiorcy*, Indor, Warszawa 2002, s. 25.

²¹¹ Zob. J. Kogut, *Rachunek kosztów jako podstawa budżetowania i kontroli kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] E. Nowak (red.), *Rachunkowość a controlling*, PN AE we Wrocławiu Nr 1139, Wrocław 2006, s. 166-174.

Metodą sporządzania budżetów jest metoda przyrostowa, która polega na budowaniu budżetów na podstawie danych z lat ubiegłych. Jednak przy sporządzaniu budżetów uwzględnia się także w dużej mierze kontrakty z NFZ.

Raporty z wykonania budżetów są sporządzane i przekazywane zarządzającym i kierownikom poszczególnych ośrodków odpowiedzialności raz w miesiącu. Ostateczny termin przekazania raportów ustalono na 25 dzień następnego miesiąca. Spotkania z kierownikami w celu analizy tych raportów są organizowane przynajmniej raz na kwartał lub w zależności od potrzeb, np. w przypadku zbyt dużych odchyłeń od założonych planów. Comiesięczna analiza wykonania budżetu prowadzona jest w ujęciu wartościowym w przekroju poszczególnych ośrodków odpowiedzialności. Analizy przyczyn zaistniałych odchyłeń są dokonywane ustnie na zebraniach, jednak do tej pory nie zostały określone konsekwencje nieuzasadnionego przekroczenia poziomu kosztów, założonego w budżetach.

Przykładowy raport budżetowy przedstawiono w załączniku 2.

Przeprowadzone badania wykazały, że informacje kosztowe, pochodzące z systemu ewidencji i rozliczania kosztów wykorzystywane są przede wszystkim do celów sprawozdawczych, natomiast w zbyt małym stopniu wspomagają procesy zarządcze. Związane jest to m.in. z dużym zaangażowaniem pracowników administracyjnych szpitala w przygotowywanie dokumentów sprawozdawczych przede wszystkim dla Narodowego Funduszu Zdrowia, a także brakiem systemów zarządzania, które usystematyzowałyby zakres i sposób wykorzystania informacji płynących z księgowości.

Istniejące rozwiązania w tym zakresie wymagają, więc dostosowania ich w większym stopniu do potrzeb wyznaczanych przez nowoczesne metody zarządzania szpitalem. Przejawiać może się to we wdrażaniu nowszych koncepcji rachunku kosztów, jak np. rachunek kosztów działań, poprzedzonym implementacją współczesnych metod zarządzania, jak np. budżetowanie zorientowane nie tylko na koszty, controlling, benchmarking czy zarządzania procesami.

Rozdział 4

WYKORZYSTANIE INFORMACJI KOSZTOWEJ W PROCESIE USTALANIA CEN USŁUG MEDYCZNYCH SZPITALA

4.1. Rola informacji kosztowej w kształtowaniu cen usług medycznych

Aby ustalić właściwą wysokość cen produkowanych wyrobów czy świadczonych usług należy rozpoznać czynniki je kształtujące. Wielość i różnorodność tych czynników oddziałujących na ceny uzasadnia ich podział na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne²¹².

Do najważniejszych czynników zewnętrznych należą uwarunkowania rynkowe. Tworzą je klienci, substytuty wyrobów i usług, elastyczność cenowa popytu itp. Ustalanie cen wymaga więc dobrego rozpoznania realiów rynkowych, bez znajomości których ceny mogą być źle ustalone i nieakceptowane przez rynek. Wysoka ranga tych czynników wynika stąd, że cena jest kategorią zewnętrzną.

Dobre rozpoznanie czynników zewnętrznych ma bardzo istotne znaczenie w ustaleniu odpowiedniej wysokości ceny, ponieważ²¹³:

- umożliwia ustalenie ceny na poziomie akceptowanym przez rynek,
- cena dostosowana do rynku wpływa na wzrost wielkości sprzedaży,
- wzrost wielkości sprzedaży z kolei umożliwia obniżenie ceny i tym samym prowadzi do dalszego wzrostu sprzedaży.

Drugą, równie ważną, grupą czynników mających wpływ na kształtowanie wysokości ceny stanowią czynniki wewnętrzne. Są one najczęściej zróżnicowane w każdej jednostce gospodarczej, ponieważ w dużej mierze zależą od specyfiki i charakteru jej działalności, od posiadanych zasobów oraz sposobu ich wykorzystania. Wszystkie czynniki wewnętrzne mają wpływ na wielkość i strukturę kosztów. **Koszty są więc najważniejszym czynnikiem wewnętrznym kształtującym wysokość ceny.** Dlatego z punktu widzenia zarządzania jednostką najważniejszym zadaniem jest ustalenie ceny sprzedaży produktu, towaru czy usługi na takim poziomie, aby w długim okresie zapewniała pełne pokrycie kosztów oraz osiągnięcie pożądanego zysku. Należy także podkreślić, że ważna jest nie tylko sama wysokość kosztów, ale także ich struktura. I jak stwierdzili N. Hanna i M. R. Dodge „...wiedza o strukturze i zachowaniach kosztów stanowi fundament wielu decyzji, w tym w

²¹² Dokładniejsza charakterystyka tych czynników została zaprezentowana w rozdziale 2.

²¹³ E. Nowak, *Rachunkowość...*, op. cit., s. 109.

szczegółności dotyczących cen...”²¹⁴.

Podstawowe znaczenie dla efektywnego kształtowania cen ma możliwość rozpoznania i zidentyfikowania wszystkich elementów kosztów, zarówno stałych i zmiennych, przewidywalnych i nie przewidywalnych, bieżących i przyszłych.

Podstawową funkcją cen jest pokrywanie ponoszonych kosztów oraz umożliwienie jednostce gospodarczej wygospodarowania zysku. Z funkcji tej wynikają związki między cenami a kosztami, których wielkość wyznacza dolną granicę cen. Granica ta nie jest stała, lecz zmienia się wraz ze zmianami wielkości produkcji i sprzedaży.

Wykorzystanie kosztów w procesie ustalania cen wymaga analizy ich poziomu przy różnej wielkości produkcji i sprzedaży produktu lub usługi w danym okresie. Analiza ta pozwala na określenie ilości produktów lub usług, które trzeba sprzedać, aby pokryć koszty stałe i zmienne przychodami ze sprzedaży oraz osiągnąć założony zysk.

Podmiot gospodarczy, ustalając ceny z uwzględnieniem poziomu kosztów, powinien antycypować zmiany ich poziomu i struktury w przyszłości. Istniejący poziom kosztów jest bowiem odzwierciedleniem procesów zachodzących w przeszłości. Tymczasem cena produktów czy usług jest ustalana nie dla przeszłości, lecz dla przyszłych warunków działania jednostki.

Znajomość kosztów jest więc niezbędna przy podejmowaniu decyzji cenowych dla określania opłacalności poszczególnych propozycji cenowych²¹⁵.

Z marketingowego punktu widzenia znajomość kosztów przy podejmowaniu decyzji cenowych jest nieodzowna do określania opłacalności poszczególnych ofert cenowych i określenia tzw. dolnej granicy dopuszczalnego przedziału cenowego konkretnej usługi. Przez dolną granicę rozumie się najniższy poziom ceny, którego obniżenie spowodowałoby zmniejszenie całkowitego zysku przedsiębiorstwa²¹⁶. Granica ta może być rozpatrywana co najmniej na trzech różnych poziomach w zależności od okresu analizy.

Pierwszy poziom dolnej granicy przedziału cenowego jest wyznaczony na podstawie jednostkowego kosztu zmiennego danej usługi. Każda cena wyższa do tego kosztu pokrywa część kosztów stałych i może pozwolić na wygospodarowania zysku. Poziom ten ma charakter krótkookresowy.

Drugi poziom dolnej granicy przedziału cenowego opiera się na jednostkowym koszcie bezpośrednim i części kosztów pośrednich, które można rozliczyć na daną usługę. Przy

²¹⁴ N. Hanna, M. R. Dodge, *Kształtowanie cen. Strategie i procedury*, PWE, Warszawa 1997, s. 66.

²¹⁵ J. Altkorn (red.), *Podstawy marketingu*, Instytut Marketingu, Kraków 2003, s. 169.

²¹⁶ Zob. A. Jarugowa, I. Sobańska, R. Sochacka, *Metody kalkulacji. Koszty – ceny – decyzje*, PWE, Warszawa 1991, s. 133.

kalkulacji tego poziomu zakłada się, że w długim okresie wszystkie koszty mają charakter kosztów zmiennych, a koszty wytworzenia i sprzedaży oferowanych usług obejmują znacznie szerszy od jednostkowego kosztu zmiennego zakres wydatków np. koszty badań rynku lub reklamy. Poziom ten ma charakter długookresowy.

Trzeci poziom dolnej granicy przedziału cenowego jest określony przez przewidywany poziom jednostkowego kosztu całkowitego przy różnych wielkościach skumulowanej sprzedaży. Jego wyznaczenie ma charakter strategiczny i opiera się na założeniu, że koszty zmienne (mierzone w cenach stałych) obniżają się o przewidywalny i stały procent za każdym razem, gdy wielkość usług podwaja się, bo występuje tzw. efekt doświadczenia. Głównymi przyczynami pojawienia się tego efektu są:

- 1) rozwój umiejętności, wiedzy i doświadczenia pracowników, przez co stają się bardziej efektywni w swojej pracy,
- 2) zmiany techniczne i technologiczne zarówno w procesie świadczenia usług, jak i działalności marketingowej i dystrybucyjnej,
- 3) ekonomia skali, która jest związana nie tylko ze wzrostem efektywności przy większym wolumenie sprzedaży, a także z mniejszym niż proporcjonalny wzrost kosztów ogólnozakładowych²¹⁷.

Ustalanie cen na podstawie kosztów polega na wykorzystaniu zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy kształtowaniem się sprzedaży, poziomu kosztów i cen. Wzrost liczby świadczonych usług i ich sprzedaży powoduje obniżenie kosztu całkowitego przypadającego na jedną usługę i daje podstawy do ustalenia niższych cen. Z kolei dążenie do ustalania niskich cen wymaga obniżenia kosztów, możliwego do osiągnięcia przez wzrost wielkości produkcji i sprzedaży usług.

Ceny mogą zapewnić osiągnięcie progu rentowności lub przynosić straty, w zależności od tego czy pokrywają koszty zmienne, całkowite czy też koszty całkowite i zysk.

Jednakże koszty to podstawowy, ale nie jedyny element cenotwórczy. Muszą być one dostosowane także do pożądanego poziomu ceny, która może być zaakceptowana przez potencjalnych nabywców z danego segmentu rynku i która umożliwi dalszą ekspansję rynkową jednostki.

Podstawą ustalania cen są koszty jednostkowe, które zależą od wielu czynników, co wymusza ciągłą analizę cen przy różnej wielkości produkcji i sprzedaży w danym czasie.

Złożoność problematyki kosztów przy ustalaniu cen ukazuje tabela 25. Wymienione w

²¹⁷ G. Karasiewicz, *Marketingowe...*, op.cit, s. 62-87.

niej kategorie kosztów są niezbędne w formułowaniu cen, których koszty mają szczególne znaczenie z punktu widzenia realizacji obranej strategii marketingowej firmy.

Tabela 25. Podstawowe kategorie kosztów uwzględnianie przy kształtowaniu cen

Kategoria kosztu	Definicja	Przykłady	Źródła informacji	Metoda obliczania
Całkowity koszt stały	Koszty nie zmieniające się pod wpływem zmian wielkości produkcji wyrobów lub usług w przedziale posiadanej zdolności produkcyjnej/usługowej.	Koszty: - ogólnozakładowe, - administracji ogólnozakładowej, - finansowe, - amortyzacji.	Zapisy księgowe, rachunek wyników, szacunki na podstawie danych porównywalnych.	Suma wszystkich elementów składowych.
Całkowity koszt zmienny	Koszty zmieniające się wraz ze wzrostem lub spadkiem wielkości produkcji wyrobów lub usług.	Surowce i materiały, robocizna (na ogół), koszty sprzedaży i dystrybucji.	Informacje dostawców o cenach, szacunki wydajności pracy i zużycia nakładów, szacunki wielkości produkcji.	Suma wszystkich elementów składowych.
Koszt całkowity	Suma kosztów stałych i zmiennych.	jw.	jw.	Suma wszystkich elementów stałych i zmiennych.
Przeciętny koszt stały	Średni koszt stały na jednostkę produktu/usługi.	jw. (dla kosztu stałego)	Informacje o całkowitym koszcie stałym i szacowanej wielkości produkcji wyrobów lub usług.	Iloraz całkowity kosztu stałego i ilości produkcji wyrobów lub usług.
Przeciętny koszt zmienny	Średni koszt zmienny na jednostkę produktu/usługi.	jw. (dla kosztu zmiennego)	Informacje o całkowitym koszcie zmiennym i szacowanej wielkości produkcji wyrobów lub usług.	Iloraz całkowity kosztu zmiennego i ilości produkcji wyrobów lub usług.
Przeciętny koszt całkowity	Suma przeciętnego kosztu stałego i zmiennego.	jw. (dla kosztu całkowitego)	Informacje o koszcie całkowitym i szacowanej wielkości produkcji wyrobów lub usług.	Suma przeciętnego kosztu stałego i zmiennego lub iloraz kosztu całkowitego i ilości produkcji wyrobów lub usług.
Koszt krańcowy	Koszt wytworzenia dodatkowej jednostki produktu/usługi.	jw. (dla całkowitego kosztu stałego i całkowitego kosztu zmiennego)	Zapisy księgowe, rachunek wyników podmiotu, szacunek kosztów płac i kosztów materiałów.	Różnica całkowitego kosztu bieżącego realizowanej ilości produkcji wyrobów lub usług powiększonej o jedną jednostkę produktu/usługi i całkowitego kosztu bieżąco realizowanej ilości produkcji wyrobów lub usług.

Źródło: J. Altkorn (red.), *Podstawy marketingu*, Instytut Marketingu, Kraków 2003, s. 168.

Z powyższych rozważań wynika, że dokładna i rzetelna informacja kosztowa jest niezwykle cenna przy podejmowaniu wielu decyzji ekonomicznych. W warunkach gospodarki rynkowej i coraz bardziej konkurencyjnego rynku usług medycznych odgrywa ona także istotną rolę w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej.

Informacje o kosztach są obecnie bardzo istotne dla każdego zakładu opieki zdrowotnej przy podejmowaniu decyzji krótkookresowych, jak i długookresowych (strategicznych), podczas planowania działalności, monitorowania realizacji działań, kontroli kosztów czy chociażby przy podejmowaniu działań zmierzających do racjonalizacji funkcjonowania. To, ile faktycznie kosztuje lub będzie kosztować jednostka usługi medycznej powinno wynikać przede wszystkim z informacji na temat ponoszonych kosztów i być punktem wyjścia przy podejmowaniu decyzji zarządczych w zakładach opieki zdrowotnej²¹⁸.

Znaczenie kosztów ponoszonych na realizację usług medycznych dla polityki cen zależy w dużej mierze od systemu ekonomicznego państwa w odniesieniu do danej branży oraz od formy rynku z jaką ma do czynienia jednostka. „...Jeżeli państwo prowadzi politykę cen urzędowych, koszty produkcji służą jako podstawa do regulowania rentowności przedsiębiorstwa. Jeżeli zaś reguluje ono tylko zasady kalkulacji cen opartych na kosztach, koszty produktów muszą być kalkulowane dla ustalania ich ceny. To samo dotyczy cen umownych (negocjowanych), jeżeli ewentualne zmiany poziomu cen czy kosztów muszą być uzasadniane bądź w sposób obligatoryjny, bądź przyjęty w dobrych zwyczajach „wymiany parytetowej...”²¹⁹.

Bez wątpienia każdy z zarządzających – niezależnie czy szpitala publicznego czy niepublicznego – potrzebuje informacji, które będą podstawą prowadzenia negocjacji, a następnie ustalenia właściwej, czyli gwarantującej odpowiedni poziom finansowania szpitala, ceny rozliczeniowej, głównie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Poza tym dyrektor powinien dysponować odpowiednimi informacjami umożliwiającymi dokonywanie oceny opłacalności świadczenia poszczególnych usług, a więc rentowności, co tym samym umożliwia mu dokonanie wyboru korzystnej, z punktu widzenia wyniku finansowego struktury asortymentowej oferowanych usług. Niewątpliwie obecnie, nie tylko w szpitalach niepublicznych, ale i w publicznych dokonywana być musi ocena ekonomicznych aspektów utrzymania gotowości do świadczenia różnorodnych usług. Niezbędne są także informacje pozwalające na dobór właściwego standardu technologicznego lub też dokonanie oceny

²¹⁸ J. Kogut, *Znaczenie kosztów w procesie kształtowania cen usług zdrowotnych*, ZTR Tom 35 (91), SKwP, Warszawa 2006, s. 61-74.

²¹⁹ A. Jarugowa, *Rachunek kosztów...*, op. cit., s. 99.

wpływu zmian wielkości świadczonych usług na wynik finansowy oraz oceny efektywności gospodarowania zasobami będącymi w dyspozycji szpitala lub jego poszczególnych oddziałów. Konieczne stało się także, przy podejmowaniu decyzji o wycenie, uwzględnianie jakości usług i na tej podstawie wprowadzanie lub wycofywanie poszczególnych usług z zakresu działalności szpitala²²⁰. Podstawą wszystkich tych decyzji są koszty i rentowność świadczonych usług, a kluczową rolę odgrywa niewątpliwie ich rzeczywisty koszt jednostkowy. Prawidłowość i dokładność obliczenia kosztu jednostkowego i jego struktury zależy przede wszystkim od jakości i stopnia szczegółowości rachunku kosztów oraz zastosowania właściwej metody kalkulacji, uwzględniającej specyfikę działalności danej jednostki i jakości ewidencji²²¹.

Jak wynika, z powyższych rozważań, rola informacji kosztowej w podejmowaniu decyzji zarządczych szpitala, w tym także decyzji cenowych jest bardzo duża. Zachodzące zmiany, takie jak postęp w medycynie i postęp technologiczny, coraz większe wymagania pacjentów dotyczące jakości opieki, a także wzrost konkurencyjnego otoczenia, powodują, że oczekiwania zarządzających szpitalem, co do informacji płynących z systemu rachunku kosztów są coraz większe. Konieczny jest dostęp do bardzo precyzyjnych informacji kosztowych procesów usługowych, które jednak trudno zdobyć za pomocą systemu stosowanego na potrzeby zewnętrznych sprawozdań finansowych²²². Wymaganiom tym z pewnością nie jest w stanie sprostać tradycyjny rachunek kosztów, który w literaturze przedmiotu krytykowany jest przede wszystkim za to, że alokacja kosztów pośrednich dokonywana jest w relacji do wielkości świadczonych usług medycznych, co może prowadzić do zniekształcenia informacji kosztowej, a tym samym do wyciągania mylnych wniosków i podejmowania błędnych decyzji²²³.

W placówkach medycznych, głównie w szpitalach, w większości przypadków, nie dostosowano rachunku kosztów do potrzeb procesów zarządzania w zmieniających się warunkach działania oraz nie zostały podjęte decyzje o wprowadzeniu w szpitalach rachunków kosztów innych niż obligatoryjne. Brak praktycznych rozwiązań oraz wymagań stawianych przez organy założycielskie skutkuje zaniechaniem wprowadzania zmian w zakresie rachunkowości już po pierwszych niepowodzeniach.

Obecnie szpitale stosują głównie wytyczne w zakresie rachunku kosztów, wynikające z

²²⁰ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 182.

²²¹ K. Sawicki (red.), *Rachunek...*, op. cit., s. 152.

²²² R. Piechota, *Projektowanie rachunku kosztów działań. Activity Based Costing*, Difin, Warszawa 2005, s. 186.

²²³ J.G. Miller, T.E. Vollman, *The hidden factory*, "Harvard Business Review", wrzesień - październik 1985, s. 142-150, za: G. K. Świdorska (red.) *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit., s. 3-34.

rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej²²⁴. Rozporządzenie to nakłada obowiązek prowadzenia pełnego rachunku kosztów świadczeń medycznych, wycenionego na podstawie typowego, standardowego wykonania procedury medycznej²²⁵. W zmiennych warunkach funkcjonowania szpitali i przy niepełnym wykorzystaniu zasobów nie jest on wystarczający do wskazania nieefektywnych obszarów działania. Nie jest bowiem możliwe określenie przyszłych skutków decyzji zarządczych wyłącznie na podstawie informacji pochodzących z takiego sposobu rozliczania kosztów. Oprócz tego, zasady rachunku kosztów określane są najczęściej przez komórkę księgową, bez włączenia personelu medycznego, co powoduje, że uzyskane wyniki dla kadry medycznej są niezrozumiałe, nieprzydatne i bardzo często kwestionowane.

Funkcjonujący obecnie rachunek kosztów w szpitalach jest więc często krytykowany za to, że nie umożliwia zbadania zależności przyczynowo-skutkowych zachodzących między poziomem kosztów a rozmiarami działalności szpitala w różnych aspektach. Poza tym wskazuje się na jego ograniczoną przydatność jako narzędzia zarządzania i kontroli działalności oraz wykorzystania do ustalania cen rozliczeniowych usług medycznych.

Dla organizatora opieki zdrowotnej na danym terenie niezbędne są bieżące informacje o liczbie i rodzaju udzielanych świadczeń medycznych oraz związanych z nimi kosztami. Pozwalają one na ocenę pracy poszczególnych zespołów i określenie faktycznych potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Oprócz tego potrzebne są rzetelne informacje do podejmowania decyzji o zmianie zakresu działalności, zakupach inwestycyjnych i gospodarowania mieniem. Organy założycielskie powinny zatem wymagać, ale i wspierać menedżerów w tworzeniu takiego systemu informacyjnego, który zapewniłby dostęp do tych danych. Konieczne wydaje się zwłaszcza wydzielenie kosztów stałych i zmiennych oraz zastosowanie odmiennych zasad ich rozliczania. Modyfikacja systemu ewidencyjnego w celu przystosowania go do dostarczania informacji dla zarządzających powinna być poprzedzona dokładnym określeniem potrzeb informacyjnych. Zmiany wiązać się bowiem z dodatkowym nakładem pracy, środków finansowych oraz wystąpieniem przejściowych kłopotów związanych z przestawianiem się na działanie według nowych reguł.

Rachunek kosztów świadczeń medycznych nie może funkcjonować bez rejestrowania wykonanych usług związanych z procesem diagnostycznym i leczeniem pacjentów. Odpowiednim pod tym względem rozwiązaniem jest wypracowanie takiego systemu, w

²²⁴ 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

²²⁵ Charakterystyka podstawowych wytycznych w zakresie rachunku kosztów wynikających z rozporządzenia została przedstawiona w rozdziale 3.

którym każde świadczenie jest rejestrowane i wyceniane (w złotych lub punktach rozliczeniowych) w chwili jego wykonania. System taki jest jednak bardzo kosztowny i niekiedy powoduje manipulowanie danymi, ze względu na trudność oddzielenia informacji medycznej (wyniku badania) od faktu jego realizacji. Dlatego też w szpitalach, w których brak jest takiego systemu, należałoby stworzyć komórkę organizacyjną, która wprowadza do systemu informatycznego, na podstawie dokumentacji medycznej (np. skierowania na badania diagnostyczne, faktury za świadczenia zewnętrzne, itp.), informacje, komu i jakie świadczenie zostało wykonane. Stworzenie takich komórek z jednej strony zmniejsza koszty zakupu i wykorzystania sprzętu komputerowego, a z drugiej zwiększy wiarygodność informacji wprowadzanych do systemu²²⁶.

Szpital prowadzi działalność, która jest niewątpliwie wyjątkowo zróżnicowana pod względem asortymentowym, oferuje bowiem leczenie różnych przypadków chorobowych. Usługi świadczone w szpitalu stają się coraz bardziej różnorodne. Każda z nich jest w pewien sposób wyjątkowa, co wynika ze stanu zdrowia pacjenta, sprzętu i aparatury medycznej, którą dysponuje szpital, kwalifikacji kadry medycznej lub też zastosowania technologii medycznej rozumianej jako sposób leczenia. Tym samym generuje ona odmienne zapotrzebowania na poszczególne zasoby. Poza tym, źródłem różnorodności jest także coraz bardziej skomplikowana technologia, jak i rosnące indywidualne wymagania pacjentów powodujące konieczność intensyfikacji wykonywanych działań.

Dlatego też ze względu na różnorodność i złożoność działalności szpitala, z czym wiąże się zwiększenie zakresu działań w nim wykonywanych, wskazane byłoby zastosowanie podejścia procesowego w rachunku kosztów. Niewątpliwie praca wykonywana w szpitalu może być opisana z zastosowaniem podejścia procesowego, czyli w postaci wzajemnie powiązanych procesów oraz poszczególnych działań składających się na nie.

Podejście procesowe cechuje to, że opiera się ono na procesach i działaniach, a nie na szpitalu jako całości i wybranych aspektach jego funkcjonowania. Co ważne, za punkt wyjścia analiz przyjmuje się oczekiwania pacjentów, a analizowanie i usprawnianie relacji odbywa się między podsystemami szpitala, a nie w ramach poszczególnych funkcji lub jednostek organizacyjnych²²⁷.

Dlatego też ze względu na specyfikę działania szpitala, najbardziej odpowiedni do stosowania w szpitalu wydaje się być rachunek kosztów działań. Główną zaletą tego

²²⁶ M. Striker, *Rejestr świadczeń i rachunku kosztów świadczeń medycznych w pracach organu założycielskiego placówki medycznej*, „Społeczeństwo inwestorów”, 1/marzec 2004 – Ochrona zdrowia, s. 72-73.

²²⁷ G.K. Świdorska (red.), *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit. s. 3-27.

rachunku jest możliwość dokonania dokładniejszej kalkulacji kosztu usługi medycznej w porównaniu z tradycyjnym rachunkiem kosztów. Za twórców tej koncepcji (*Activity Based Costing – ABC*) uważa się R. Coopera i R. Kaplana. Opiera się ona na założeniu, że to działanie, a nie świadczona usługa, stanowi bezpośrednią przyczynę użycia zasobów, a tym samym powstawania kosztów, będących finansowym miernikiem zużycia określonych zasobów. Nośnikiem kosztów jest działanie, które jest niezbędne do świadczenia danej usługi. W trakcie świadczenia danej usługi wykonywanych jest wiele działań, a ich koszty są przenoszone na poszczególne usługi w wielkości uzależnionej od tego, czy i w jakim stopniu usługi te wymagały podjęcia określonych działań.

W szpitalu działanie może być określane jako zorganizowana i celowa praca, podczas której wykorzystywane są zasoby szpitala, a w zależności od potrzeb istnieje możliwość analizowania poszczególnych działań na różnym poziomie szczegółowości, z podziałem na pojedyncze czynności i elementarne operacje²²⁸. Zbiór wzajemnie powiązanych ze sobą działań wykonywanych celowo określany jest mianem procesu. Oznacza to, że koncepcja rachunku kosztów działań opiera się na założeniu, że proces gospodarczy, odbywający się w szpitalu obejmuje wiele niezbędnych do świadczenia usług działań, których wykonania powoduje ponoszenie kosztów²²⁹. A więc rodzaj i liczba wykonanych działań kształtuje koszt usługi²³⁰. Wobec tego działalność szpitala należy rozumieć jako zbiór wielu różnych działań, a każdemu z tych działań można przypisać odpowiedni koszt wynikający z nakładów pracy kadry medycznej, zużywania leków czy innych materiałów medycznych, wykorzystania sprzętu i urządzeń medycznych oraz powierzchni szpitala, a każdej usłudze można przypisać działania, które są niezbędne do jej świadczenia.

Aby wdrożyć rachunek kosztów działań w szpitalu, konieczne, a zarazem najtrudniejsze do realizacji, jest zidentyfikowanie procesów polegające na ujęciu sekwencji działań realizowanych w szpitalu i odpowiednia ich klasyfikacja²³¹.

Rachunek kosztów działań umożliwia dokładne i rzetelne przypisanie kosztów pośrednich do usług lub pacjentów, dzięki czemu zarządzający dysponuje efektywnym narzędziem zarządzania kosztami. Zapewnia on uzyskanie informacji o tym, które działania powodują

²²⁸ K. Rybarczyk, M. Karwowski, *Podejście zasobowe w rachunku kosztów działań dla zakładu opieki zdrowotnej*, Materiały konferencyjne nr 57, Uniwersytet Szczeciński, Katedra Rachunkowości, Szczecin 2000, s. 141-150.

²²⁹ R. Cooper, R. S. Kaplan, *Activity – Based – Systems: Measuring the Costs of Resource Usage*, „Accounting Horizons” 1992, nr 6; R. Cooper, R. S. Kaplan, *Costs and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance*, „Harvard Business School Press”, Boston Massachusetts 1997.

²³⁰ M. Dobija, *Rachunkowość zarządcza i controlling*, PWN, Warszawa 1997, s. 138.

²³¹ T. Naumiuk, *Zasady kalkulacji kosztów. Przedmiot – rodzaje – techniki*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998, s. 33.

zużywanie określonych zasobów szpitala, jak kosztowne są poszczególne działania podejmowane w szpitalu oraz poszczególne procesy, czy też, jakim działaniom służą zasoby szpitala. Stąd też analizy prowadzone przy wykorzystaniu informacji uzyskiwanych z rachunku kosztów działań pozwalają na ustalenie rzeczywistej rentowności usług czy pacjentów, efektywności procesów i podjęcia działań zmierzających do ich poprawy lub reorganizacji szpitala, a także podejmowania decyzji inwestycyjnych i finansowych.

Konkludując można zatem stwierdzić, że w sytuacji reglamentowania publicznych środków finansowych na ochronę zdrowia, które stanowią główne źródło finansowania tego sektora usług, racjonalne zarządzanie kosztami jest priorytetem działań podejmowanych w celu poprawy sytuacji ekonomicznej podmiotów tego sektora²³².

Zastosowanie rachunku kosztów działań w szpitalu jest przydatne ze względu na wzrastającą konkurencję, ograniczoność zasobów i zdywersyfikowaną pulę świadczonych usług. Dywersyfikacja usług jest tu szczególnie widoczna i aby dokładnie ocenić rentowność świadczonych, często niepowtarzalnych usług, konieczna jest prawidłowa ich wycena, wykorzystywana także do ustalenia ostatecznej ceny ich sprzedaży.

Wprowadzenie rachunku kosztów działań może przynieść wiele korzyści, wśród których można wymienić²³³:

- możliwość racjonalizacji posiadanych zasobów poprzez lepsze zidentyfikowanie czynników powodujących ich zużycie, a także określenie stopnia ich wykorzystania w poszczególnych obszarach działalności jednostki,
- ustalenie kosztu jednostkowego usługi medycznej, zbliżonego do rzeczywistego w stopniu większym niż w tradycyjnych systemach rachunku kosztów,
- identyfikację działań powodujących powstawanie wartości oraz działań niedających takich efektów oraz identyfikację realizowanych procesów,
- wykorzystanie generowanych informacji do wprowadzenia systemów budżetowania kosztów działań (ABB) oraz zarządzania kosztami działań (ABM),
- ustalenie podstawy ustalania cen realizowanych usług medycznych wraz z określeniem ich rentowności.

Wdrożenie i realizacja rachunku kosztów działań nie jest jednak zadaniem łatwym. Podstawową trudnością jest fakt, że system ten „odrzuca” tradycyjną strukturę funkcjonalną

²³² W. Baran, *Ocena zasad ewidencji i kalkulacji kosztów w jednostkach służby zdrowia w aspekcie możliwości ich wykorzystania w tworzeniu informacji zarządczej*, [w:] Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej, M. Hass-Symotiuik (red.), Uniwersytet Szczeciński, Polska Akademia Nauk, Szczecin 2005, s. 15.

²³³ J.J. Baker, *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, An Aspen Publication, Maryland 1998, s. 3.

jednostki, a koncentruje się na procesach i działaniach²³⁴, co pociąga za sobą zmiany w postrzeganiu organizacji przez kadrę zarządzającą oraz kadrę wdrażającą system ABC w szpitalu, zmiany nastawienia do systemu rachunku kosztów i wymagań przed nim stawianych. Inną barierą wprowadzenia tego rachunku w szpitalu są wciąż niewielkie środki finansowe przeznaczane na informatyzację tych placówek. Ponadto funkcjonowanie tego systemu wymaga innego, nowoczesnego spojrzenia na ewidencję i rozliczanie kosztów, a także jest pracochłonne i wymagające sprawnie działającego systemu informatycznego oraz odpowiedniego oprogramowania, którego koszt jest wysoki.

Jak wynika z powyższych rozważań rola informacji kosztowej w kształtowaniu cen usług medycznych jest bardzo duża. Musi być ona jednak informacją rzetelną, wiarygodną i rzeczywistą, aby mogła być wykorzystana do podejmowania decyzji zarządczych, w tym także do ustalania cen usług medycznych. Obecnie większość szpitali niestety nie posiada takiej informacji lub jest ona niekompletna. Szacowanie kosztów jest z reguły prowadzone z różnym stopniem dokładności, gdyż dokonywane jest przez szpitale na ich własne potrzeby i nie stanowi punktu odniesienia do ustalania cen. Z punktu widzenia świadczeniodawcy, punktem odniesienia są najczęściej ceny z lat ubiegłych i wnioski płynące z analizy wyników finansowych, osiągniętych w minionych latach oraz informacje dotycząc konkurentów (dane dotyczące podpisanych kontraktów są jawne i można mieć do nich dostęp na stronie internetowej NFZ). Z punktu widzenia płatnika (np. NFZ), taką samą rolę odgrywa informacja z wykonania kontraktów w latach ubiegłych, wielkość środków finansowych przeznaczonych na rok bieżący oraz prognoza zapotrzebowania na usługi medyczne w danym roku.

4.2. Metodyka ustalania cen usług medycznych

Wśród wielu celów rachunkowości zarządczej znajduje się wsparcie informacyjne procesu ustalania cen na wytwarzane wyroby lub świadczone usługi. Problem ten jest szeroko poruszany w wielu pozycjach literaturowych z tego zakresu²³⁵, lecz najczęściej odnosi się on do działalności wytwórczej, rzadziej usługowej, a już bardzo rzadko do działalności

²³⁴ R. Piechota, *Projektowanie rachunku* ..., op. cit., s. 36.

²³⁵ Piszą o nich m.in.: M. Pluta-Olearnik, *Marketing usług. Idee. Zastosowania*, PWE, Warszawa 1994, s. 62, S. Sojak, *Rachunkowość zarządcza*, Dom Organizatora, Toruń 2003, s. 400-433, A. Karmańska (red.), *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów w systemie informacyjnym przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2006, s. 982-991, I. Sobańska (red.), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Najnowsze tendencje, procedury i ich zastosowanie w przedsiębiorstwach*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 178-188, K. Czubakowska, W. Gabrusewicz, E. Nowak, *Podstawy rachunkowości zarządczej*, PWE, Warszawa 2006, s. 259-272, J. Mazur (red.), *Decyzje marketingowe*..., op. cit., s. 151-168 i inni.

medycznej zakładów opieki zdrowotnej, jako specyficznej, której podstawą funkcjonowania jest ratowanie życia i zdrowia człowieka.

Celem niniejszych rozważań jest więc przedstawienie propozycji sposobu ustalania cen na usługi medyczne, niezbędnych m.in. do negocjacji kontraktów z płatnikami. Opracowanie metodyki wyceny świadczeń zdrowotnych staje się obecnie jednym z pilniejszych zadań systemu opieki zdrowotnej.

Tworzenie i poziom cen usług medycznych są zależne od dwóch grup czynników²³⁶:

- czynników egzogenicznych – niezależnych od jednostki, nad którymi nie może ona sprawować bezpośredniej kontroli (stawka kapitałowa czy punktowa ustalana przez NFZ, konkurencyjność, rozmiary i struktura świadczonych usług – w przypadku jednostek wytwórczych należą one do czynników endogenicznych, jednak nie wszystkie zakłady opieki zdrowotnej mogą leczyć tylko wybrane jednostki chorobowe²³⁷, czy też wpływać na liczbę leczonych pacjentów z danymi schorzeniami),
- czynników endogenicznych – na które jednostka ma wpływ (np. sytuacja finansowa, kontrahenci).

Jako determinanty kształtowania cen usług medycznych można więc uznać w szczególności²³⁸:

- oddziaływanie ceny na kształtowanie rozmiarów sprzedaży,
- odzwierciedlenie w cenie usług, kosztów jako funkcji określonych rozmiarów ich świadczenia,
- traktowanie ceny, jako narzędzie rachunku ekonomicznego.

Cena jest podstawowym wyznacznikiem wartości usługi. Proces kształtowania cen usług medycznych, ze względu na ich specyfikę (wysoka jakość, niezawodność, szybkość reakcji, pewność) jest bardzo złożony i obejmuje następujące problemy²³⁹:

- 1) określenie zasad polityki cenowej,
- 2) ustalenie wielkości popytu, preferencji, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (np. prognoz zachorowalności na określone choroby),

²³⁶ A. Jarugowa, I. Sobańska, R. Sochacka, *Metody kalkulacji...*, op. cit., s. 115.

²³⁷ Obecnie, w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej wielkość zaplanowanej produkcji wynika głównie z kontraktu z NFZ, którego warunki określają zasady udzielania poszczególnych rodzajów świadczeń. Wartość usług przewidzianych do wykonania przez dany oddział szpitalny określona jest liczbowo, w postaci systemu punktowego, z jednoczesną wyceną wartości punktu. Planowanie rzeczowe dotyczy asortymentu, tj. hospitalizacji chorych z konkretnymi rodzajami schorzeń, w ramach grup produktowych ustalanych na podstawie przyznanego wcześniej limitu punktowego. Jednostki prywatne, z kolei, starają się eliminować ze swojej oferty lub ograniczać usługi nierentowne.

²³⁸ A. Jarugowa, I. Sobańska, R. Sochacka, *Metody kalkulacji...*, op. cit., s. 115-118.

²³⁹ D. Skrzypka, *Koszty jako...*, op. cit., s. 202

- 3) znajomość wielkości środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną,
- 4) znajomość kosztów świadczonych usług oraz dokonywanie ich analizy i oceny,
- 5) analizę cen usług medycznych oferowanych przez jednostki konkurencyjne (w odniesieniu do usług świadczonych komercyjnie),
- 6) dobór właściwych metod ustalania cen na te usługi.

Zatem konstruując zasady polityki na usługi medyczne, świadczone przez zakłady opieki zdrowotnej należy zwrócić uwagę, aby cena spełniała następujące warunki²⁴⁰:

- pokryła koszty (zasada samofinansowania),
- była zbliżona do cen proponowanych przez jednostki konkurencyjne,
- była akceptowana przez płatnika i uwzględniała charakter zmiany popytu względem zmian cen (tzw. stopień elastyczności cenowej popytu),
- odzwierciedlała jakość produktu oraz była uzasadniona stanem zdrowia pacjenta.
- oddziaływanie ceny na kształtowanie rozmiarów sprzedaży,

W odniesieniu do problemu kształtowania cen usług medycznych należy wziąć pod uwagę trzy zasadnicze elementy ich ustalania: klienta (świadczeniobiorcę), konkurencję i koszty, które najczęściej oddziałują jednocześnie. Wydaje się więc, że jako podstawę wyjściową kształtowania cen tych usług zasadne jest przyjęcie metod kosztowych, uzupełnionych metodami rynkowymi. W efekcie podejście takie można określić „mieszanym” (metodami „mieszanymi”). Bezspoornie, koszty stanowią dominujący czynnik kształtowania cen usług medycznych. Na zakres, a tym samym koszt tych usług, wykonywanych w celu leczenia określonej jednostki chorobowej, decydujący wpływ wywiera przede wszystkim stan zdrowia pacjenta oraz przyjęta technologia leczenia²⁴¹.

Zastosowanie powszechnie znanych klasycznych formuł kosztowych (np. koszt plus)²⁴² dla potrzeb kształtowania cen usług medycznych wymaga określenia kilku uwag wstępnych:

1. Na ceny usług medycznych duży wpływ wywierają czynniki społeczne – zakres poziomu cen uwarunkowany jest w dużej mierze możliwościami finansowymi płatników (NFZ, pacjenci);
2. Istotny wpływ na poziom cen usług medycznych mają trudne do kwantyfikowania aspekty, jak np. uprzejmość, interakcje międzyludzkie;

²⁴⁰ G. K. Świdorska (red.), *ABC rachunkowości dla menedżera. Rachunkowość zarządcza*, Poltext, Warszawa 2000, s. 147.

²⁴¹ M. Hass-Symotiuł, D. Skrzypka, *Problematyka cen i kosztów usług medycznych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość zarządcza. Teoria i praktyka. Materiały konferencyjne*, Uniwersytet Szczeciński, Katedra Rachunkowości, Szczecin 1999.

²⁴² Klasyczne formuły kosztowe zostały scharakteryzowane w rozdziale 2 niniejszej rozprawy doktorskiej.

3. Niematerialność usługi medycznej nie pozwala na jej sprawdzenie i jednoznaczną ocenę przed konsumpcją;
4. Brak standaryzacji usług medycznych powoduje, że zróżnicowanie cen usług może być przez konsumentów utożsamiane z ich jakością (niższa cena – gorsza jakość);
5. Specyfika działalności medycznej nie w każdej jednostce opieki zdrowotnej²⁴³ pozwala na wybór optymalnej, z punktu widzenia wyniku finansowego, jednostki struktury usług. Głównym (ustawowym) celem działalności podmiotów służby zdrowia jest zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu, a to wiąże się z koniecznością dostarczania pacjentom wszystkich²⁴⁴ (a nie tylko wybranych z punktu widzenia rachunku ekonomicznego) usług medycznych niezbędnych w procesie leczenia.

Wycena w oparciu o metodę kosztową wymaga zgromadzenia niezbędnych danych kosztowych oraz statystycznych, uzyskanych z zakładów opieki zdrowotnej, w których prowadzony system rachunku kosztów umożliwia otrzymanie wiarygodnych informacji kosztowych. Zatem konieczna jest dostępność takich danych, które umożliwią dokonanie wyceny odpowiednią metodą uznaną za optymalną w obecnych warunkach. Należy wziąć tu jednak pod uwagę zarówno rzeczywiste możliwości prowadzenia bieżącej ewidencji świadczeń zdrowotnych oraz innych zdarzeń medycznych, niezbędnych do właściwego opisu zdefiniowanych świadczeń opieki zdrowotnej, ale również wiarygodność i dostępność informacji o ich kosztach jednostkowych.

Źródłem informacji umożliwiających wycenę tych świadczeń powinna być baza danych zakładu opieki zdrowotnej, a gromadzenie ich powinno odbywać się przy wykorzystaniu specjalnie w tym celu opracowanego informatycznego programu aplikacyjnego. Program ten umożliwi gromadzenie danych o kosztach świadczeń wykonywanych w jednostce w ścisłym powiązaniu z tworzonym oprogramowaniem dla opisu świadczeń opieki zdrowotnej.

Konieczność zestawienia, analizy, porównania i wyceny świadczeń zdrowotnych wymaga zgromadzenia maksymalnie dużej ilości danych o kosztach tych świadczeń. Jednak warunkiem koniecznym jest, aby świadczenia, które będą wyceniane, były z ewidencjonowane z wymaganą dokładnością. Ponadto, aby było możliwe ustalenie cen usług

²⁴³ W jednostkach publicznych, zgodnie z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „...żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia...”. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Akt posiada tekst jednolity – Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.*

²⁴⁴ W sytuacji zdefiniowania podstawowej listy świadczeń zdrowotnych tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych (KŚZ), zakład opieki zdrowotnej będzie zobowiązany do świadczenia ubezpieczonemu (w ramach kontraktu zawartego z płatnikiem, np. NFZ) usług w nim wyszczególnionych. Usługi nie wykazane w KŚZ będą realizowane na zasadach komercyjnych.

medycznych w oparciu o informacje kosztowe płynące z zakładu opieki zdrowotnej, muszą one odpowiadać zdarzeniom medycznym, realizowanym w tej jednostce. Z założenia zakres i układ tych danych powinien być jednorodny i jednoznacznie identyfikować wszystkie elementy składowe kosztów świadczeń w niej rejestrowanych.

Przykładowa metodyka wyceny świadczeń opieki zdrowotnej została opracowana przez Zespół Ekspertów do spraw metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej powołany w drodze zarządzenia ministra zdrowia²⁴⁵. Do zadań tego Zespołu należy²⁴⁶:

- przygotowanie metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej,
- wybór zakładów opieki zdrowotnej stanowiących bazę badawczą kosztów wytworzenia świadczeń oraz
- koordynacja i weryfikacja wyceny świadczeń prowadzonych przez wybrane jednostki.

Koordynację i nadzór nad pracami Zespołu sprawuje Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM).

W wyniku prowadzonych pracy zostały opracowane zasady postępowania umożliwiające:

- wycenę świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności zdefiniowanych w Centralnej Bazie Świadczeń Opieki Zdrowotnej (CBŚOZ)²⁴⁷,
- porównanie cen (kosztów) tych świadczeń,
- określenie wartości koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego projektowanego na dany rok budżetowy.

Punktem wyjścia do opracowania i prawidłowego wdrożenia omawianej metodyki jest właściwe zrozumienie i zdefiniowanie pojęcia procedury medycznej i świadczenia zdrowotnego, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁴⁸. Mianem procedury medycznej określa się całokształt świadczenia zdrowotnego, które obejmuje określone działania i czynności medyczne (wspomagane farmakologicznie, radiologicznie, psychologicznie itp.), które w zależności od jednostki chorobowej oraz cech pacjenta (wiek, stan kliniczny, choroby współistniejące itp.) dobierane

²⁴⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2006 r. w sprawie powołania Zespołów Ekspertów do pracy na Centralną Bazą Świadczeń Opieki Zdrowotnej (Dz. Urz. MZ Nr 14, poz. 67, zm. Dz. Urz. MZ z 2007 r., Nr 8, poz. 27).

²⁴⁶ §2 pkt. 4 w/w zarządzenia.

²⁴⁷ CBŚOZ ma stanowić bazę danych świadczeń realizowanych w poszczególnych dziedzinach medycyny w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Ma ona powstać na podstawie funkcjonujących i obowiązujących w systemie opieki zdrowotnej klasyfikacji, katalogów, zbiorów nazw i określeń wraz z obowiązującymi dla tych zbiorów systemami kodów (np. Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, katalogi świadczeń NFZ, Terminologia Procedur Medycznych CPT-PL, klasyfikacja leków, klasyfikacje i wykazy wyrobów medycznych, system resortowych kodów dla zoz, klasyfikacja zawodów i specjalności i inne).

²⁴⁸ Art. 5 pkt 34 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

są w różnorodnej konfiguracji i sekwencji w celu niedopuszczenia do utraty lub pogorszenia (zachowania) stanu zdrowia, ratowania, przywracania, poprawy zdrowia albo innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia. Procedury stanowią, zatem schematy, formuły, "ścieżki" leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, które wynikają ze standardów leczenia lub przepisów regulujących zasady ich udzielania ²⁴⁹. Z niektórymi elementami procedury medycznej mogą być związane świadczenia towarzyszące, takie jak: zakwaterowanie, wyżywienie, usługi transportu sanitarnego. Wszystkie wymienione elementy (świadczenia) tworzą łącznie lub w dowolnym układzie, a także pojedynczo – świadczenie opieki zdrowotnej (rysunek 28).

Rysunek 28. Elementy świadczenia opieki zdrowotnej

ŚWIADCZENIE OPIEKI ZDROWOTNEJ		
PROCEDURA MEDYCZNA		ŚWIADCZENIE TOWARZYSZĄCE
Świadczenie zdrowotne	Świadczenie rzeczowe związane z procesem leczenia	
• podstawowe, • specjalistyczne, • wysokospecjalistyczne każde w podziale na: - profilaktyczne, - diagnostyczne, - lecznicze, - pielęgnacyjne, - rehabilitacyjne, - orzecznicze.	• leki, • wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne stanowiące przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	• zakwaterowanie, • wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej, • usługi transportu sanitarnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

Wynika z tego, że świadczenie jest zbiorem wielu świadczeń zdrowotnych, rzeczowych, towarzyszących i dopiero suma wartości każdego z tych świadczeń udzielonych zgodnie ze wskazówkami medycznym stanowi łączny koszt świadczenia opieki zdrowotnej.

Podstawą opracowanie metodyki wyceny świadczeń zdrowotnych było przygotowanie bazy badawczej kosztów wytworzenia tych świadczeń. Przygotowanie to rozpoczęto w czerwcu 2006 roku i polegało na wystosowaniu przez AOTM zaproszeń do współpracy do 805 zakładów opieki zdrowotnej w całym kraju, stawiając jednocześnie warunki niezbędne do

²⁴⁹ M. Hass-Symotiuk, *Procedury medyczne jako przedmiot kalkulacji kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, ZN USz Nr 493, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008, s. 104.

zakwalifikowania jednostki do programu badawczego. Warunki te dotyczyły poziomu prowadzenia rachunku kosztów i jego zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz zawierały deklarację udziału w pracach badawczych i zgodę na publikację wyników analiz kosztowych prowadzonych na podstawie udostępnionych danych. Zaproszenie do współpracy zawierało także informacje dotyczące funkcjonującego w jednostce planu kont w zakresie zespołów 4,5 i 7 oraz opisu i algorytmu ustalania kosztów procedur medycznych oraz usług w ośrodkach działalności pomocniczej (niemedycznych).

Na zaproszenie odpowiedziało 69 zakładów, spośród których Zespół zakwalifikował do współpracy 24. W wyniku następnej rekrutacji (sierpień 2006 r.) zaproszenia wysłano do 28 kolejnych zakładów, uzyskano jednak tylko jedno zgłoszenie²⁵⁰. Kwalifikacja tych jednostek odbywała się na podstawie weryfikacji spełnienia podstawowych warunków opracowanych przez Zespół dotyczących informacji o kosztach funkcjonowania zakładu oraz liczenia kosztów produktów (procedur medycznych).

Zestaw koniecznych warunków do spełnienia przez dany zakład opieki zdrowotnej prezentuje rysunek 29.

Podstawą wyceny świadczeń opieki zdrowotnej w tej metodyce, jest informacja kosztowa, uzyskiwana z wybranych zakładów, w których należy przyjąć, iż prowadzony system rachunku kosztów umożliwia otrzymanie wiarygodnych informacji kosztowych o przedmiotach kosztów niezbędnych do przeprowadzenia kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

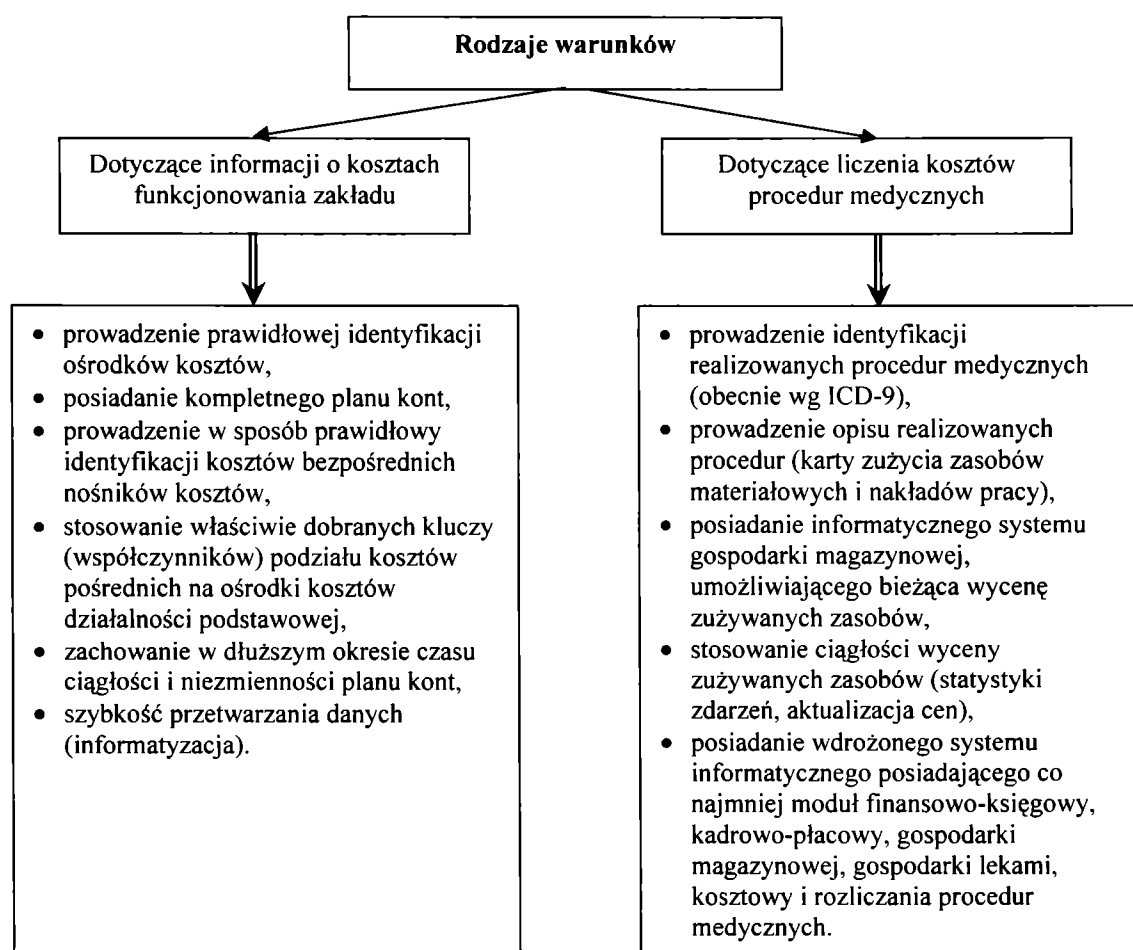
Systemy rachunku kosztów ulegają doskonaleniu wraz ze wzrostem złożoności warunków działania jednostek w gospodarce rynkowej. Proces ten obejmuje także zakłady opieki zdrowotnej. Za prawidłowy uważa się bowiem taki system rachunku kosztów, który generuje wartościowe informacje kosztowe, odzwierciedlające dokładny poziom i strukturę kosztów oraz zachowane zostały w nim związki przyczynowo-skutkowe oraz związki zachodzące między celami decyzyjnymi a środkami ich realizacji.

²⁵⁰ Tak małe zainteresowanie wynika najprawdopodobniej z tego, że zakłady opieki zdrowotnej:

- nie prowadzą rachunku kosztów zgodnie z wytycznymi rozporządzenia MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 r. lub prowadzą go w sposób nieprawidłowy, ograniczając się jedynie do przepisów ustaw o rachunkowości i finansach publicznych;
- szukając oszczędności funkcjonowania dokonują restrukturyzacji zatrudnienia personelu administracyjnego (działów księgowości, statystyki itp.);
- prowadzą skomplikowane i niezwykle pracochłonne rozliczanie z kontraktów z NFZ, przez co bardziej koncentrują się na sprawozdawczości rzeczowej (realizacji kontraktu i uzyskiwania przychodu) niż na finansowej.

Pozyskiwanie wiarygodnych i wartościowych informacji kosztowych jest uwarunkowane funkcjonowaniem całego rachunku kosztów, który obejmuje zarówno definiowanie i ewidencjonowanie niezbędnych danych, ich przetwarzanie za pomocą odpowiednich algorytmów oraz weryfikację i monitorowanie. Tak więc wybór optymalnego, najbardziej odpowiedniego do kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, rachunku kosztów musi opierać się na istniejących realiach.

Rysunek 29. Warunki kwalifikacji zakładu opieki zdrowotnej stanowiącego bazę badawczą kosztów wytworzenia świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia wyboru rachunku kosztów odpowiedniego do wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, Zespół Ekspertów zarekomendował przyjęcie rachunku kosztów pełnych z zastosowaniem kalkulacji podziałowej ze współczynnikami, czyli model oparty na rozporządzeniu MZiOŚ z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Za przyjęciem tego

rozwiązania przemawiały następujące przesłanki:

1. Rozporządzenie jest obowiązującym aktem prawnym;
2. Jest znane ogółowi zakładów opieki zdrowotnej;
3. Metoda kalkulacji kosztów przedstawiona w rozporządzeniu jest na tyle uniwersalna, iż pozwala dostosować sposób ewidencji i rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych do zawartości merytorycznej Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej tworzonej przez powołane grupy ekspertów medycznych.

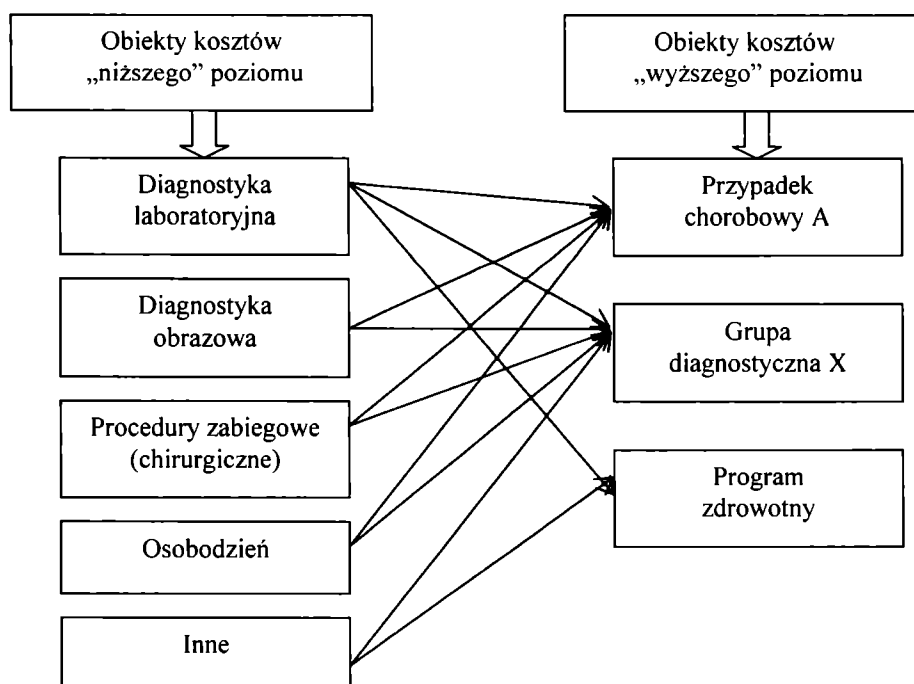
Specyfika realizacji świadczeń zdrowotnych wymaga zastosowania podejścia, które uwzględnia zarówno bardzo duże zróżnicowanie usług świadczonych w jednostkach opieki zdrowotnej (diagnostyka obrazowa, diagnostyka laboratoryjna, badania inwazyjne, zabiegi chirurgiczne, farmakoterapia, świadczenia pielęgniarские, rehabilitacja, konsultacje i porady lekarskie itp.), jak i odmienny sposób realizacji badań i zabiegów, a co za tym idzie użytych materiałów, sprzętu, specjalistycznej aparatury medycznej i nakładów pracy personelu medycznego. Pomimo wyróżnionych rozbieżności można uznać, iż zbiór świadczonych usług medycznych, zarówno zabiegowych, jak i związanych z opieką nad pacjentem i stosowaną terapią lekową jest, w danym zakładzie, zbiorem o skończonej liczbie elementów, a proces diagnostyczno-terapeutyczny w odniesieniu do leczonych pacjentów jest kombinacją elementów składających się na taki zbiór. Metoda wyceny procedur medycznych, przedstawiona w rozporządzeniu, opiera się właśnie na takim podejściu do działalności zakładu opieki zdrowotnej i z powodzeniem może być stosowana do wyceny świadczeń zdrowotnych i towarzyszących.

Omawiana metoda zakłada więc, że koszt realizacji świadczenia opieki zdrowotnej (leczenia poszczególnych pacjentów czy przypadków chorobowych) składa się z kosztów elementów bazowych, do których zalicza się:

- koszty procedur medycznych,
- koszty leków (produktów leczniczych),
- koszty pobytu w oddziale,
- koszty innych świadczeń towarzyszących.

Dopiero zsumowanie powyższych elementów określa pełny koszt leczenia konkretnego pacjenta czy przypadku chorobowego i każdy z nich jest równie ważny dla prawidłowego oszacowanie kosztu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w poszczególnych przypadkach chorobowych. Przyporządkowanie elementów kosztów „niższego” rzędu do elementów kosztów „wyższego” poziomu przedstawia rysunek 30.

Rysunek 30. Przyporządkowanie elementów kosztów „niższego” poziomu do „wyższego”



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

Analizy kosztów leczenia pacjentów z określonym rozpoznaniem chorobowym w danym oddziale wykazują, że elementami najbardziej różnicującymi są wykonane procedury zabiegowe oraz zastosowana farmakoterapia²⁵¹.

Tak więc podstawowym nośnikiem kosztów jest procedura medyczna, którą na potrzeby kalkulacji kosztów można określić jako „...element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może stać się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta, ale finansowanym przez płatnika (NFZ)...”²⁵²,

Rozporządzenie nakłada obowiązek sporządzenia wykazu procedur wykonywanych w każdym ośrodku kosztów działalności podstawowej innym niż oddział szpitalny (pracownie diagnostyczne, blok operacyjny, poradnie itp.), który to można wykorzystać do opisu świadczeń zdrowotnych przez zespoły ekspertów²⁵³.

Ponadto, w przypadku wykonywania procedur różnymi metodami, które wiążą się z

²⁵¹ Warunkiem jest, aby długość pobytu w oddziale szpitalnym pacjentów z daną jednostką chorobową była zbliżona.

²⁵² *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

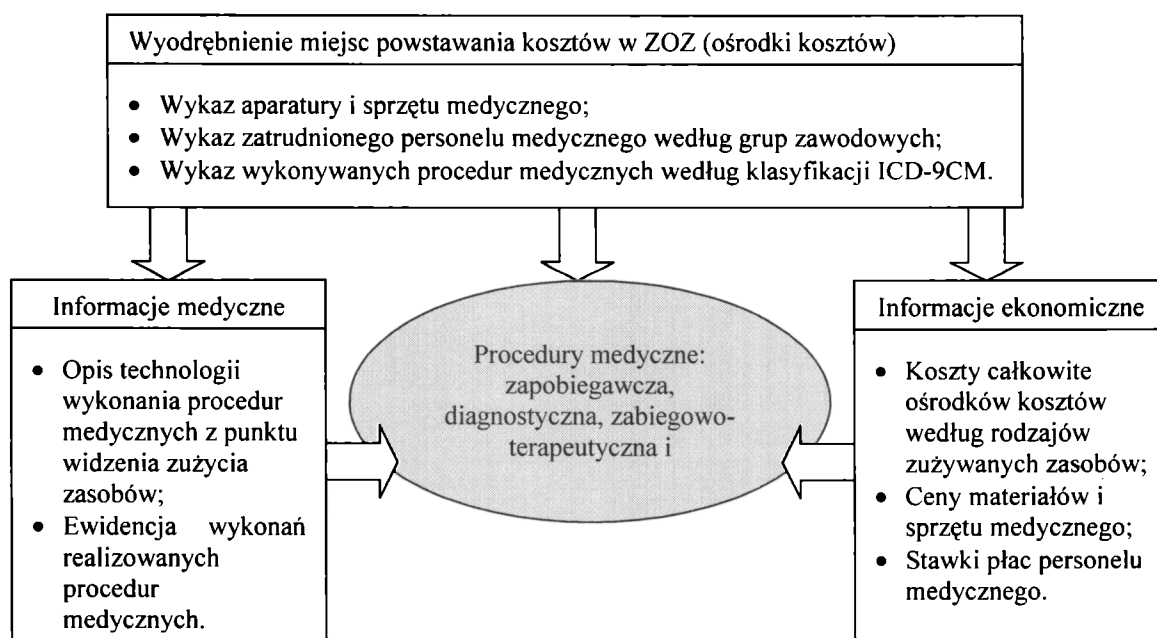
²⁵³ Każdemu świadczeniu opieki zdrowotnej zostanie przypisana co najmniej jedna procedura medyczna oznaczona kodem klasyfikacji ICD-9CM.

innym sposobem wykorzystania zasobów (materiałów, sprzętu medycznego, czasu pracy, aparatury medycznej), każdy z nich powinien być odrębnie opisany i wyceniony. Może wiązać się to z właściwym rozróżnieniem już istniejącej procedury, poprzez stworzenie jej odmiany, dotyczącej rozszerzenia kodu cyfrowego. Działanie takie musi mieć jednak uzasadnienie medyczne i ekonomiczne. Potrzeba stworzenia odmian procedur medycznych bardzo często występuje w przypadku procedur chirurgicznych, gdzie ten sam rodzaj operacji może być przeprowadzony na różne sposoby, a także w sytuacji stosowania u pacjentów bardzo zróżnicowanych cenowo materiałów wszczepiennych. Dlatego też, w zestawieniu dotyczącym kosztów wytworzenia procedury medycznej znalazła się informacja o przeciętnym, rzeczywistym koszcie zużytych materiałów uznanych przez dany zakład za wysokocenne, przypadającym w okresie sprawozdawczym na jedną procedurę danego rodzaju. Odrębne wykazanie tego kosztu i jednostkowego kosztu wytworzenia danej procedury pozwoli na prawidłowe oszacowanie kosztu typowego jej wytworzenia, gdyż marginalne wykorzystanie materiału wysokocennego nie będzie zakłócać ustalonych na podstawie kosztów normatywnych proporcji pomiędzy nakładami na wykonanie w danym ośrodku kosztów poszczególnych rodzajów procedur medycznych.

Koncepcja rachunku kosztów procedur medycznych jest, co do zasady, zbliżona do podejścia stosowanego w zakładach produkcyjnych (zakres informacji niezbędnych do kalkulacji kosztów procedur medycznych prezentuje rysunek 31). Wymaga ona wydzielenia miejsc świadczących różnego rodzaju usługi, czyli tzw. miejsca powstawania kosztów (ośrodki kosztów). Jak wspomniano w rozdziale trzecim, rozporządzenie w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zoz-ach, określa zasadę ewidencjonowania kosztów zgrupowanych według kryterium rodzajowego według ośrodków kosztów w układzie podmiotowo-przedmiotowym, a jako nośniki kosztów wyróżnia następujące wielkości:

1. W ośrodkach kosztów działalności podstawowej będącymi oddziałami szpitalnymi – osobodzień lub pacjent z przypisanymi na jego rzecz lekami i procedurami medycznymi;
2. W ośrodkach kosztów działalności podstawowej innych niż oddziały szpitalne – procedury medyczne (dotyczy to także poradni, laboratoriów, pracowni diagnostycznych, bloków operacyjnych);
3. W ośrodkach kosztów działalności pomocniczej – usługi świadczone przez te ośrodki.

Rysunek 31. Zakres informacji na potrzeby kalkulacji kosztów procedur medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hass-Symotiuk, *Procedury medyczne jako przedmiot kalkulacji kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, ZN USz Nr 493, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008, s. 108.

Podział na miejsca powstawania kosztów powinien być dokonany według zasady homogenności usług świadczonych przez poszczególne komórki, a więc ich jednorodności z punktu widzenia funkcji, jak i kosztów. Przyjęcie tego kryterium w procesie wyodrębniania ośrodków kosztów daje możliwość uszczegółowienia struktury organizacyjnej szpitala. Konieczność oszacowania kosztów jednostkowych badań diagnostycznych czy porad specjalistycznych – ze względu na konieczność wyodrębnienia z kosztu osobodni oraz osobodnia o innym charakterze – ze względu na intensywność koniecznej opieki, wymaga oddzielenia z punktu widzenia księgowego i statystycznego każdego z miejsc powstawania kosztów, mimo że w strukturze organizacyjnej jednostki taki podział nie jest widoczny²⁵⁴. W przypadku wystąpienia trudności z wyodrębnieniem ośrodków kosztów czy brakiem zasadności, co do ich tworzenia, możliwe jest także łączenie miejsc powstawania kosztów. Uwzględnianie zasady jednorodności procedur w ramach ośrodków kosztów jest więc

²⁵⁴ Przykładem może być utworzenia w ramach oddziału pododdziałów i/lub sal specjalistycznych np. intensywnego nadzoru czy sali zabiegowej, które mimo, że nie występują w strukturze organizacyjnej zakładu, powinny być wyodrębnione jako odrębne miejsca powstawania kosztów. Innym przykładem to funkcjonowanie bloków operacyjnych czy sal zabiegowych, które zazwyczaj znajdują się w oddziałach chirurgicznych lub specjalistycznych. Miejsca te powinny być traktowane jako odrębne ośrodki kosztów działalności podstawowej, którym należy przypisać wszystkie koszty związane z ich funkcjonowaniem (osobowe, amortyzacji, energii, sterylizacji i inne).

warunkiem niezbędnym dla prawidłowego oszacowanie kosztów jednostkowych poszczególnych nośników kosztów. Ma to bardzo duży wpływ na jakość prowadzonych kalkulacji oraz dokonywanie porównań kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w różnych zakładach opieki zdrowotnej.

Kolejnym, istotnym elementem rachunku kosztów procedur medycznych jest ewidencja liczby wykonanych procedur medycznych, która jest niezbędna w procesie rozliczania kosztu wytworzenia poszczególnych badań i zabiegów oraz pozwala na oszacowanie rzeczywistego zakresu działalności diagnostycznej czy terapeutycznej danego ośrodka kosztów (pracowni diagnostycznej, laboratorium, bloku operacyjnego itp.).

Niezbędnym detałem do ustalenia kosztów jednostkowych procedur medycznych jest opis technologii ich wykonania (opis sposobu przeprowadzenia danej procedury z punktu widzenia zużytych materiałów i pracy ludzkiej), która ma umożliwić oszacowanie uśrednionych normatywnych kosztów bezpośrednich badań i zabiegów jako czynności typowych i powtarzalnych w danym ośrodku. Koszty normatywne bezpośrednie, określane również w rozporządzeniu liczbą jednostek kalkulacyjnych, spełniają rolę klucza rozliczeniowego. Rozliczenie kosztów danego ośrodka pomiędzy wszystkie procedury w nim wykonywane odbywa się zgodnie z algorytmem zawartym w rozporządzeniu²⁵⁵:

$$Y_i = \frac{(KMb_i + KRB_i + KP_i)}{\sum_{k=1}^n [(PMb_k + PRb_k) * L_k]} * (PMb_i + PRb_i)$$

gdzie:

Y_i – koszt całkowity i -tej procedury,

n – liczba rodzajów procedur w ośrodku kosztów,

L_k – liczba wykonanych k -tych procedur,

KMb_i – łączny koszt materiałów bezpośrednich w ośrodku kosztów w danym przedziale czasu,

KRB_i – łączny koszt płac bezpośrednich w ośrodku kosztów w danym przedziale czasu,

KP_i – łączny koszt pozostałych kosztów ośrodka kosztów w danym przedziale czasu,

(zarówno zaewidencjonowanych w ośrodku kosztów, jak i na niego przypisanych z innych ośrodków kosztów),

²⁵⁵ 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

PMb_k – koszt normatywny materiałów bezpośrednich k -tej procedury,

PRb_k – koszt normatywny robocizny bezpośredniej k -tej procedury,

PMb_i – koszt normatywny materiałów bezpośrednich i -tej procedury,

PRb_i – koszt normatywny robocizny bezpośredniej i -tej procedury.

Jak wynika z powyższego wzoru obliczenie jednostkowego kosztu procedury medycznej wymaga danych o:

- kosztach normatywnych, bezpośrednich każdej procedury medycznej, umieszczonej w wykazie danego ośrodka kosztów (w celu ich wyliczenia dokonuje się opisu sposobu wykonania danej procedury z punktu widzenia zużytych materiałów, w tym jednorazowego użytku, sprzętu medycznego oraz pracy personelu medycznego),
- liczbie wykonanych procedur w danym okresie rozliczeniowym,
- koszcie całkowitym (bez kosztów ogólnego zarządu) poniesionym przez dany ośrodek kosztów w okresie rozliczeniowym.

W celu ujęcia standardowego zużycia materiałów bezpośrednich oraz kosztów płac związanych z wykonaniem procedur medycznych można posłużyć się sformalizowanym zestawieniem, będącym kartą bezpośrednich kosztów zużycia materiałów i płac (tabela 26 i 27).

Obliczone w oparciu o te zestawienia normatywne koszty bezpośrednie dla każdej procedury medycznej tworzą podstawę obliczenia skali punktowej (tzw. współczynniki podziałowe), wykorzystywanej do rozliczania kosztów poniesionych w danym ośrodku kosztów na wykonane w tym czasie procedury medyczne.

Tabela 26. Zestawienie materiałów zużywanych bezpośrednio do wykonania procedury medycznej

Karta bezpośrednich kosztów materiałowych procedur medycznych

Jednostka organizacyjna:

Kod procedury:

Kod ośrodka kosztów:

Nazwa procedury:

Nazwa ośrodka wykonującego procedury medyczne:

Lp.	Indeks materiału	Nazwa materiału	Opis zużywanego materiału	Współczynnik zużycia (liczba procedur)	Jednostka miary	Opakowanie jednostkowe (jednostki miary)	Ilość zużyta	Ilość zużytych materiałów na procedurę	Cena opakowania	Wartość
									Razem:	

Objaśnienia do tabeli:

Indeks materiału – identyfikator nadany materiałowi w gospodarce materiałowej,

Opis zużywanego materiału – rodzaj i wielkość opakowania, producent, inne cechy charakterystyczne jak np. rok produkcji, rozmiar, nr katalogowy itp. (wszelkie informacje niezbędne do zidentyfikowania zużywanego materiału),

Współczynnik zużycia – liczba danego typu procedur (badań, zabiegów, analiz), w trakcie których można określić zużycie w jakiejś jednostce miary, najlepiej według opakowania jednostkowego, które będzie można wycenić. Dla zużywanego sprzętu jednorazowego będzie on wynosił 1, ale np. dla ampułki, która jest zużywana w czasie wykonywania 5 procedur, będzie wynosił 5.

Jednostka miary – jest to jednostka miary, jaka jest właściwa dla postaci w jakiej występuje zużywany materiał (jednostki objętości: litry, mililitry, cm³, itp.; jednostki masy: kg, gramy, miligramy, itp.; sztuki, opakowania itd.). Umożliwia ona policzenie wartości zużytego materiału.

Opakowanie jednostkowe – ilość jednostek miary składających się na opakowanie jednostkowe, np. z ilu mililitrów składa się butelka z odczynnikami użytym do badania.

Ilość zużyta – określa ją część opakowania jednostkowego jest zużywana do wykonania jednej procedury, np. dla ampułki, która zużywana jest do wykonania 5 procedur, będzie wynosiła 1/5, ale jeżeli do wykonania procedury zużywa się 5 par rękawiczek, pakowanych po jednej parze (opakowanie jednostkowe), wówczas ilość zużyta to 5.

Źródło: 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

Tabela 27. Zestawienie nakładu czasu pracy zużywanego podczas wykonania procedury medycznej

Karta bezpośrednich kosztów osobowych procedur medycznych

Jednostka organizacyjna:

Kod procedury:

Kod ośrodka kosztów:

Nazwa procedury:

Nazwa ośrodka wykonującego procedury medyczne:

Lp.	Grupa zawodowa	Nazwa grupy pracowników	Rodzaj umowy	Liczba pracowników	Wynagrodzenie za miesiąc	Liczba godzin pracy na miesiąc	Wskaźnik ilości wykonywanych badań	Czas wykonywania (godzin, minut)	Ilość zużytego czasu pracy na procedurę	Koszt jednej godziny pracy	Wartość pracy
									Razem:		

Uwaga: Koszty pracy obejmują wynagrodzenia brutto, składki ZUS oraz koszty świadczeń na rzecz pracowników ponoszone przez pracodawcę a dotyczące osób wykonujących daną procedurę medyczną

Źródło: 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

Warto dodać, że dla każdego ośrodka kosztów ujmuje się wszystkie koszty wytworzenia procedur poniesione w okresie rozliczeniowym z podziałem na pozycje rodzajowe kosztów. Rozliczenie kosztów rzeczywistych na procedury jednostkowe wykonane w danym czasie, (czyli ustalenie kosztów jednostkowych procedur medycznych) dokonywane jest z wykorzystaniem kalkulacji podziałowej ze współczynnikami, dostosowanej do potrzeb tego rachunku.

W tym celu niezbędne jest:

- a) ustalenie w każdym ośrodku współczynników podziałowych dla poszczególnych procedur medycznych, funkcję tę powinny pełnić normatywne koszty bezpośrednie każdej procedury medycznej,
- b) określenie umownych jednostek kalkulacyjnych,
- c) obliczenie jednostkowych kosztów wytworzenia umownych jednostek kalkulacyjnych okresy rozliczeniowego.

W zależności od przyjętej skali współczynnikowej do ustalenia kosztu jednostkowego można wykorzystać tabelę 28 (wykorzystującą jedną skalę współczynnikową – ogółem dla wszystkich poniesionych kosztów) lub tabelę 29 (wykorzystującą trzy skale współczynników podziałowych – osobno dla materiałów, płac i kosztów pośrednich przypisanych na dany ośrodek kosztów) wraz z tabelą pomocniczą 30.

W przypadku kalkulacji z jedną skalą współczynników, jednostkowe koszty wytworzenia procedury medycznej w rozpatrywanym okresie rozliczeniowym ustala się jako iloczyn kosztu wytworzenia jednostki kalkulacyjnej i jednostkowego normatywnego kosztu bezpośredniego danej procedury, określanego jako współczynnik podziałowy.

Natomiast przy kalkulacji z wykorzystaniem trzech skal współczynników, jednostkowy koszt wytworzenia procedury medycznej w danym okresie sprawozdawczym wylicza się mnożąc jednostkowe koszty wytworzenia poszczególnych, trzech jednostek kalkulacyjnych przez odpowiadające im jednostkowe normatywne koszty bezpośrednie, przyjęte dla danej procedury i dodając do siebie poszczególne części składowe jej jednostkowego kosztu wytworzenia.

Tabela 28. Tabela na potrzeby kalkulacji podziałowej ze współczynnikami z wykorzystaniem jednej skali współczynników podziałowych

Nazwa i kod procedury medycznej	Ilość wykonanych procedur	Współczynnik podziałowy	Liczba jednostek współczynnikowych (kalkulacyjnych)	Koszt wytworzenia jednostki współczynnikowej (kalkulacyjnej)	Koszt wytworzenia procedury medycznej	Koszt wytworzonych procedur medycznych
			1x2		2x4	1x5
nr kolumny	1	2	3	4	5	6
procedura 1						
procedura 2						
procedura „n”						

Objaśnienia do tabeli:

Współczynnik podziałowy – dobiera się go na podstawie kosztów bezpośrednich ponoszonych na przeciętne wykonanie poszczególnych typów procedur medycznych i przyjmuje w oparciu o ustalone normatywne (przeciętne) jednostkowe koszty bezpośrednie tych procedur.

Koszt wytworzenia jednostki współczynnikowej (kalkulacyjnej) – ustala się jako iloraz kosztów poniesionych w danym okresie rozliczeniowym przez sumę wytworzonych w tym czasie jednostek współczynnikowych (kalkulacyjnych).

Źródło: I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s. 87.

Warto także dodać, że koszty jednostkowe procedur medycznych wykonywanych na potrzeby wewnętrzne zakładu opieki zdrowotnej wycenia się na poziomie technicznego kosztu wytworzenia według poszczególnych pozycji kalkulacyjnych kosztów.

W przypadku procedur medycznych sprzedawanych na zewnątrz koszty te powiększa się o koszty ogólnego zarządu. Koszty te związane są z utrzymaniem komórek organizacyjnych i stanowisk pracy pełniących funkcje administracyjne, np. sekretariat, kadry, radca prawny, dział administracyjno-gospodarczy, techniczno-eksploatacyjny, księgowość, dział ekonomiczny, pracownicy dozoru, konserwacji i obsługi oraz inne stanowiska pracy i komórki organizacyjne wykonujące czynności o charakterze administracyjno-gospodarczym. Koszty ogólnego zarządu związane z funkcjonowaniem zakładu opieki zdrowotnej jako całości powinny być doliczane do kosztu wytworzenia procedur w postaci narzutu wynikającego z ich udziału w łącznych kosztach wytworzenia całego zakładu. Aby jednak było możliwe porównywanie kosztów wykonania takich samych procedur, w różnych jednostkach, niezbędne jest wyodrębnienie kosztów ogólnego zarządu w koszcie procedury ogółem (procentowo i kwotowo), bez względu na to, czy jakakolwiek część zadań z zakresu ogólnego zarządu została zlecona do wykonania podmiotom zewnętrznym.

Tabela 30. Tabela pomocnicza na potrzeby kalkulacji podziałowej ze współczynnikami z wykorzystaniem trzech skal współczynników podziałowych

Pozycje kalkulacyjne kosztów	Suma kosztów poniesionych	Liczba jednostek kalkulacyjnych	Koszt jednostki kalkulacyjnej (2/3)
1	2	3	4
Koszty materiałów bezpośrednich			
Koszty płac bezpośrednich			
Koszty materiałów pośrednich ewidencjonowanych w ośrodku kosztów wykonującym procedury			
Koszty płac pośrednich ewidencjonowanych w ośrodku kosztów wykonującym procedury			
Koszty pośrednie ośrodków pomocniczych przypisane na ośrodek wykonujący procedury			

Objaśnienia do tabeli:

Liczba jednostek kalkulacyjnych – ustala się ją jako iloczyn ilości wykonanych procedur i współczynników podziałowych określonych dla poszczególnych pozycji kosztów.

Źródło: I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów...*, op. cit., s. 90.

Niezbędne jest także ustalenie udziału całkowitych kosztów ogólnego zarządu w kosztach działalności zakładu opieki zdrowotnej, bowiem nie można wykluczyć, że to właśnie wielkość środków na pokrycie kosztów ogólnego zarządu będzie w przyszłości elementem odrębnie negocjowanym z ubezpieczycielem (Narodowym Funduszem Zdrowia).

Na podstawie dokonanych analiz i opracowanych zestawień można wywnioskować, iż jednostkowy koszt wytworzenia procedury medycznej zależy do trzech parametrów:

- kosztu normatywnego procedury,
- liczby jej wystąpień, oraz
- kosztów łącznych danego ośrodka kosztów.

Tak więc prawidłowość obliczenia tego kosztu zależy głównie od właściwej ewidencji księgowej kosztów bezpośrednich i pośrednich. Często jednak błędne przypisywanie i korygowanie kosztów poszczególnych ośrodków kosztów powoduje, że koszty jednostkowe wykonywanych tam procedur są obciążone poważnymi błędami.

Rodzaje i charakterystykę najczęściej popełnianych przy kalkulacji błędów i wynikających z tego problemów przedstawia tabela 31.

Tabela 31. Kalkulacja kosztów wytworzenia procedur medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej – problemy

Rodzaj problemu lub błędu	Charakterystyka
Drogi, jednorazowy sprzęt medyczny	W przypadku gdy sprzęt medyczny, który według powszechnych standardów jest jednorazowy, ale używany jest wielokrotnie – należy wykazać w opisie wykonania procedury zgodnie ze standardami powszechnymi (światowymi).
Czas trwania procedury a czas pracy personelu medycznego	Pracochłonność poszczególnych procedur medycznych określa się czasem ich trwania. Tak więc opisując dane badanie bądź zabieg należy określić tylko czas bezpośrednio poświęcony na jego wykonanie (przygotowanie, przeprowadzenie, opracowanie wyników). Często jednak czas ten zostaje zawyżony przez personel medyczny (obawa przed wykazaniem niewłaściwej organizacji czasu pracy, przerost zatrudnienia, niezrozumienie różnicy między czasem pracy a czasem trwania procedury, trudności w określeniu tego czasu itp.). Aby móc właściwie określić ten czas niezbędny jest bezpośredni udział i nadzór w wykonaniu opisywanych i wycenianych czynności medycznych przez kierownictwo jednostki.
Materiały i sprzęt nie biorące bezpośredniego udziału w procesie wykonywania usług medycznych	Chodzi tu o materiały piśmienne i biurowe, środki czystości, części zużywane do sprzętu komputerowego, wyposażenie pomieszczeń itd., a z kosztów osobowych – wynagrodzenia personelu pomocniczego, sekretarek medycznych, osób sprząających itp. Koszty tych elementów należą do kosztów funkcjonowania danego ośrodka i są rozliczane pomiędzy wszystkie wykonane w tym ośrodku procedury, za pomocą skali punktowej wynikającej z kosztów normatywnych. W związku z tym, elementy tego typu nie powinny znaleźć się w opisie procedury, gdyż nie są z medycznego punktu widzenia niezbędne, są natomiast związane z miejscem wykonywania usług medycznych, zapewniając mu możliwość funkcjonowania.
Jednoznaczna identyfikacja materiałów i sprzętu medycznego	W procesie opisu technologii procedur medycznych bardzo istotne jest precyzyjne i jednoznaczne oznaczenie zużywanych materiałów i sprzętu medycznego: • nazwa jednoznaczna dla użytkownika, magazyniera i służb księgowych; • typ, rodzaj i producent; • rodzaj opakowania – określenie jego zawartości w przyjętych jednostkach miary; • jednostka miary. Dane te decydują o jednoznacznej identyfikacji materiałów i sprzętu medycznego tak, aby było możliwe ustalenie jego ceny w bazie danych gospodarki magazynowej. Praktyka pokazuje jednak, że w dużej części zakładów opieki zdrowotnej gospodarka magazynowa nie jest prowadzona w sposób prawidłowy (różne rodzaje materiałów czy sprzętu pod tym samym indeksem, różne nazewnictwo tych samych materiałów czy sprzętu przez personel medyczny, służby księgowe, magazyniera i dostawców itp.). Ponadto w tym zakresie konieczna jest okresowa analiza wydruków pobrań magazynowych pod kątem właściwego ich przypisania poszczególnym ośrodkom kosztom, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wymagane jest dokonanie odpowiednich korekt.
Materiały i sprzęt otrzymane nieodpłatnie	W niektórych ośrodkach kosztów wykorzystywane są materiały i sprzęt medyczny otrzymane nieodpłatnie. Zdarza się, że nie są one ujmowane w ewidencji księgowej. Jednak, aby prawidłowo oszacować koszty poniesione na wykonanie procedur, dary również należy wycenić, a ich koszt wykazać zarówno w kosztach procedur jak i ośrodka kosztów.
Koszty pracy ludzkiej	Poza kosztami materiałowymi koszt normatywny bezpośredni procedury medycznej składa się także z kosztów pracy ludzkiej. Koszty te oblicza się jako iloczyn średniego kosztu godziny lub minuty pracy osoby z danej grupy zawodowej i czasu trwania procedury. Aby był on obliczony prawidłowo, niezbędne jest właściwe ustalenie stawki wynagrodzenia brutto wraz z narzutami (godzinowej czy minutowej), która powinna uwzględniać dodatkowe wynagrodzenie roczne tzw. trzynastkę oraz rezerwy na świadczenia emerytalno-rentowe, na odprawy i odszkodowania, na ekwiwalenty za niewykorzystane urlopy oraz nagrody jubileuszowe, uśrednionej w ramach danej grupy zawodowo-płacowej na poziomie danego ośrodka. Wymagana jest także aktualizacja stawek wynagrodzeń dokonywana w dłuższych okresach. Ponadto istotnym jest dokonywanie okresowych analiz podziału personelu medycznego

	między ośrodki kosztów, rozliczanie w czasie dodatkowych wypłat (np. nagród jubileuszowych) oraz aktualizacja zatrudnienia.
Szczególnie drogie materiały lub sprzęt medyczny	Na podstawie analizy technologii wykonania niektórych badań, czy zabiegów można zauważyć, że powodem znacznego zróżnicowania ich kosztów normatywnych jest konkretny materiał lub sprzęt medyczny, natomiast pozostałe elementy pozostają na zbliżonym poziomie (np. w medycynie nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansie magnetycznym, przy szczepieniach materiałów protezujących itp.) W takim przypadku, aby koszt wytworzenia badania wykonanego z użyciem drogiego materiału lub sprzętu nie przewyższał znacznie kosztu badania bez tych elementów, należy wyeliminować ich koszty z kosztów normatywnych i dodać je dopiero po rozliczeniu wszystkich badań. Dokonując takiej operacji, należy także pomniejszyć całkowite koszty funkcjonowania ośrodka kosztów wykonującego dane badanie w danym okresie rozliczeniowym.
Amortyzacja aparatury medycznej	Większość badań i zabiegów wymaga użycia aparatury medycznej. Amortyzacja jest kosztem bezpośrednim ośrodka kosztów i obciąża koszt wytworzenia procedur zgodnie z ich kosztami normatywnymi i liczbą wystąpień. Występują jednak badania czy zabiegi, które wymagają głównie użycia aparatury. Częstym problemem w zakładach opieki zdrowotnej jest brak ujęcia amortyzacji w kosztach. Wynika to np. z wcześniejszego całkowitego zamortyzowania się danego środka trwałego lub używania środka trwałego nie będącego własnością zakładu w sytuacji, gdy nie występuje odpłatność za jego użytkowanie. W takiej sytuacji amortyzacja ta, nie stanowiąc koszt danego zakładu, nie wpływa na koszty wykonywanych w tym czasie procedur medycznych. Jednak dla celów kalkulacji rzeczywistych kosztów wykonywania danych procedur, niezbędne jest ujęcie amortyzacji aparatury medycznej niezbędnej do ich wykonywania. Ponadto istotnym jest, aby okresowo analizować i aktualizować przypisanie środków trwałych do właściwych miejsc powstawania kosztów, szczególnie wówczas, gdy korzystają z niego różne pracownice czy gabinety jednocześnie.
Koszty remontów i wymiany części aparatów i urządzeń	Koszty remontów ponoszone są w celu podniesienia standardu danego miejsca przedmiotu na kilka lat. Dlatego też powinny być one rozliczane w czasie, bądź poprzez dokonywanie zwiększenia odpisów amortyzacyjnych, gdy powodują aktualizację wartości środka trwałego lub też poprzez dopisywanie do kosztów bieżącego okresu tylko ich części. Koszty wymiany części aparatury medycznej lub innych urządzeń również powinny być rozliczane w czasie, szczególnie gdy dotyczy to bardzo kosztownych napraw, wykonywanych rzadziej niż wynosi okres rozliczeniowy.
Koszty normatywne a koszty wytworzenia procedur medycznych	Kalkulacja kosztu wytworzenia procedur medycznych polega na podzieleniu łącznych kosztów danego ośrodka pomiędzy wykonywane w nim procedury, zgodnie ze skalą punktową wyznaczoną przez koszty normatywne oraz liczbę wystąpień w danym okresie sprawozdawczym. Często jednak dochodzi to dużych rozbieżności pomiędzy kosztami normatywnymi a kosztami wytworzenia procedur. Przyczyny tego stanu rzeczy mogą wynikać z następujących sytuacji: • w opisach procedur uwzględniono materiały lub sprzęt według standardów światowych a rzeczywista jego używalność jest inna; • brak pobrań magazynowych, a ośrodek korzysta w długich okresach z zapasów (zanizone koszty materiałowe); • błędna cen przyjęta do ustalenia kosztów normatywnych; • „przerzucanie” kosztów danego ośrodka na inny; • zawyżone koszty ośrodka; • brak w opisach procedur wszystkich istotnych kosztów; • przerost zatrudnienia w stosunku do rozmiarów aktywności ośrodka; • bardzo mała liczba wykonanych procedur z powodu np. długotrwałej awarii sprzętu; • brak aktualizacji technologii wykonania procedur w przypadku istotnych zmian.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz <http://www.aotm.gov.pl>.

Istotnym jest też, aby dokonując wyceny danej procedury medycznej, odnieść się do typowego, powtarzalnego sposobu jej wykonania, odrzucając jednocześnie wszelkie

skrajności i odstępstwa w postaci kompilacji lub zbyt „łatwych przebiegów”. Należy także zadbać o to, aby jak największa część kosztów związanych z wykonaniem danej procedury medycznej została bezpośrednio do niej przypisana.

Także przy sporządzaniu zestawienia dotyczącego zużywalności zasobów i sprzętu medycznego należy umieścić w nim dane wynikające z dłuższych obserwacji, tak aby można było dokonać uśrednień.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można wywnioskować, że podstawą opracowanej przez zespół metodyki wyceny świadczeń zdrowotnych jest rzetelna i dokładna wycena każdej procedury medycznej, stanowiącej podstawę oszacowania kosztów leczenia pacjentów z określonym rozpoznaniem zdrowotnym. Sam proces wyceny każdej procedury medycznej jest zadaniem wyjątkowo złożonym, wymagającym stosowania precyzyjnie określonych zasad, kryteriów, miar, zachowania porównywalności danych oraz realizowanym w sposób ciągły.

Podstawowy zakres informacji niezbędnych do ustalenia kosztu wytworzenia procedury medycznej powinien zawierać następujące dane:

- liczbę wytworzonych procedur medycznych w danym okresie rozliczeniowym,
- normatywne jednostkowe koszty bezpośrednie obejmujące:
 - materiały bezpośrednie (materiały, leki, sprzęt jednorazowego użytku),
 - płace bezpośrednie (płace personelu medycznego wraz z narzutami),
- jednostkowy koszt wytworzenia procedury medycznej,
- materiały i sprzęt medyczny uznane za wysokocenne,
- narzut na koszty ogólnego zarządu wyrażony procentowo i kwotowo,
- jednostkowy koszt własny sprzedaży procedury medycznej.

Na obecnym etapie badań prowadzonych przez Zespół ekspertów zakłada się, że *cena świadczenia opieki zdrowotnej*, niezależnie od tego czy występuje ono w CBSOZ, czy też nie, *ustalana jest na poziomie jego średniego kosztu własnego sprzedaży (jednostkowy koszt wytworzenia powiększony o narzut kosztów ogólnego zarządu)*²⁵⁶:

1. Dla wszystkich poziomów referencyjnych razem (zasadniczy dla danej procedury i wyższe), jeżeli nie ma wskazań co do konkretnego poziomu referencyjności;
2. Dla każdego poziomu referencyjnego (podstawowy, specjalistyczny, kliniczny), jeżeli takie wskazanie zostaną określone dla danej procedury;

²⁵⁶ *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

Wiele jednakowych procedur medycznych jest wykonywanych na różnych poziomach referencyjnych (podstawowym, specjalistycznym, klinicznym), co niewątpliwie utrudnia dokonywanie analiz i interpretowanie wyników. Jednak dzięki temu można zweryfikować czy cena płacona za świadczenie zdrowotne powinna być zróżnicowana w zależności od tego, na jakim poziomie referencyjnym jest ono realizowane.

W celu ustalenia średniego kosztu własnego sprzedaży procedury medycznej, osobodnia pobytu czy farmakoterapii realizowanej na oddziale szpitalnym, Zespół przygotował specjalne wzorce zestawień, zawierające informacje o liczbie zrealizowanych świadczeń i kosztach ich wytworzenia, które będą przekazywane elektronicznie przez zakłady opieki zdrowotnej do Centrum Systemów Informatycznych Ochrony. Na podstawie tych informacji Centrum opracuje specjalną aplikację informatyczną, w której dane będą pobierane, porządkowane i przechowywane automatycznie. Umożliwi ona także dokonywanie wielu obliczeń statystycznych, m.in. obliczenie średniego kosztu własnego sprzedaży świadczenia zdrowotnego lub innej usługi oraz średnich kosztów składających się na ten koszt. Po przeprowadzeniu obliczeń i dokonaniu niezbędnych analiz statystycznych będzie można określić jakiego rodzaju średnimi należy się posługiwać (arytmetyczną, geometryczną czy harmoniczną) oraz czy i na ile klas należy dzielić zbiory danych i czy występują różnice kosztów między regionami itd.

Ponadto niniejsza metodologia zakłada, że przeciętne koszty osobodnia opieki, ze względu na koszt farmakoterapii jest istotnym elementem kosztów procesu leczenia pacjentów w oddziałach szpitalnych, stacjach dializ i będzie on ustalany łącznie z kosztem farmakoterapii (bez leków przypisanych bezpośrednio pacjentowi) lub też bez kosztu farmakoterapii. Jednak w obu przypadkach nośnikiem kosztów będzie leczony pacjent lub osobodzień opieki medycznej na oddziale.

Konkludując powyższe rozważania można stwierdzić, iż proces wyceny świadczeń opieki zdrowotnej jest bardzo pracochłonny i wymaga zaangażowania wielu osób nie tylko ze służb finansowo-księgowych, ale także spośród personelu medycznego. Informacjami niezbędnymi to tego procesu są dane medyczno-ekonomiczne, gromadzone w tzw. Medycznej Karcie Pacjenta, stanowiące podstawę ustalenia kosztu jego leczenia, danego przypadku chorobowego czy świadczenia medycznego. Wzór Medycznej Karty Pacjenta przedstawiono w załączniku 3.

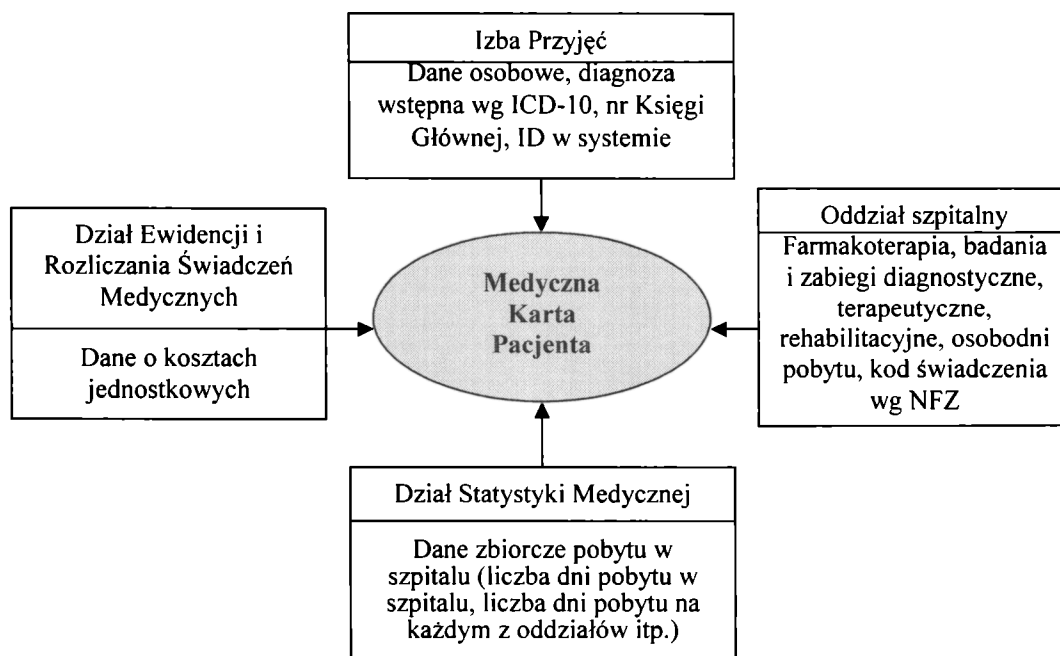
Zakres danych niezbędnych do szacowania kosztu leczenia pacjenta, przypadku chorobowego czy świadczenia medycznego przedstawia rysunek 32.

Aby móc prawidłowo dokonać wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, należy szczegółowo opracować cały proces kalkulacji procedur medycznych i szacowania kosztów leczenia pacjentów. Etapy tego procesu to:

1. Dokładne określenie zakresu działalności zakładu opieki zdrowotnej;
2. Opracowanie wykazu wszystkich procedur medycznych wg określonej klasyfikacji z dużym zaangażowaniem personelu medycznego (w szczególności lekarzy, jako osób najbardziej kompetentnych w tym zakresie);
3. Przypisanie procedur do poszczególnych komórek organizacyjnych (miejsc powstawania kosztów), świadczących usługi medyczne;
4. Ewidencjonowanie liczby wykonanych procedur w określonych okresach sprawozdawczych;
5. Ewidencjonowanie pełnych, rzeczywistych kosztów ośrodków wykonujących procedury medyczne:
 - a) dokładne przypisanie kosztów bezpośrednich rzeczywiście poniesionych,
 - b) rzetelne przypisanie kosztów pośrednich (przypisanych) zgodnie z ustalonym sposobem podziału,
 - c) rozliczenie kosztów ogólnego zarządu;
6. Opisanie technologii wykonanie każdej procedury medycznej z uwzględnieniem zużywanych materiałów, środków technicznych i pracy ludzkiej;
7. Obliczenie kosztu rzeczywistego każdej procedury medycznej (badania, zabiegu);
8. Utworzenie bazy danych na temat leczonych pacjentów poprzez rejestrowanie:
 - a) wykonania poszczególnych procedur medycznych w odniesieniu do leczonych pacjentów,
 - b) wydania leków każdemu pacjentowi podczas hospitalizacji,
 - c) czasu pobytu w poszczególnych oddziałach szpitalnych;
9. Oszacowanie kosztu leczenia każdego pacjenta wraz z określeniem poszczególnych jego elementów tj.: procedury medyczne, leki i osobodni;
10. Grupowanie pacjentów według następujących kryteriów:
 - a) rozpoznania podstawowego wg ICD-10CM,
 - b) rodzaju zastosowanego leczenia (operacyjnego czy zachowawczego),
 - c) rodzaju wykonanego zabiegu w przypadku pacjentów leczonych operacyjnie,
 - d) rodzaju zastosowanej terapii np. chemioterapii, radioterapii czy leczenia skojarzonego w przypadku pacjentów leczonych zachowawczo;

11. Dokonanie analizy statystycznej w odniesieniu do częstości wykonania procedur diagnostyczno-terapeutycznych dla wyodrębnionych grup pacjentów;
12. Ustalenie średniego kosztu leczenia pacjent/przypadku chorobowego w danej grupie.

Rysunek 32. Dane medyczno-ekonomiczne do szacowania kosztu leczenia pacjenta, przypadku chorobowego czy świadczenia medycznego



Źródło: opracowanie własne.

Przykładowe zestawienie statystyczne, stanowiące podstawę wyceny kosztów leczenia pacjentów z określonym rozpoznaniem, wykonane zgodnie w powyższym procesem zostało przedstawione w załączniku 4.

Ukazuje ono w malejącym porządku średni wkład kosztowy do leczenia pacjenta z danym rozpoznaniem chorobowym (kolumna 5) wraz z ustaleniem średniego kosztu leczenia pacjenta z takiej grupy. Kolumna 2 tabeli przedstawia średnią częstość wystąpienia danego świadczenia częściowego w grupie leczonych pacjentów z danym rozpoznaniem.

Wynika więc z tego, że zaproponowana i opracowana przez Zespół metodyka ma charakter uniwersalny, otwarty i może być wykorzystana do wyceny różnych świadczeń, nie tylko zdefiniowanych w CBŚOZ. Jednak aby móc ocenić i porównać wyniki uzyskane z jej wdrożenia wymaga to czasu i nakładu pracy dużej grupy specjalistów.

4.3. Ustalenie cen wybranych usług medycznych na podstawie informacji kosztowej

W niniejszym rozdziale zostanie dokonana próba oceny stosowanego przez badany szpital rachunku kosztów i możliwości wykorzystania informacji kosztowej dla ustalenia cen wybranych usług medycznych.

Zasady rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej reguluje ustawa o rachunkowości oraz rozporządzenie MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej²⁵⁷. Zarówno na podstawie badań dokonanych przez Centrum Systemów Opieki Zdrowotnej w 2004 roku, jak i wielu dotychczas prowadzonych badań i weryfikacji sposobu prowadzenia rachunku kosztów w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej można stwierdzić, że tylko nieliczne jednostki stosują w pełni regulacje zawarte w cytowanym rozporządzeniu²⁵⁸. Wynika więc z tego, że nie ma obecnie możliwości (lub jest ona niewielka) pozyskania wiarygodnych i rzetelnych danych kosztowych dla analizy i oceny kosztów funkcjonowania systemu. Ponadto zbyt duże zróżnicowanie stosowanych przez jednostki planów kont, kluczy rozliczeniowych, podziału kosztów rodzajowych na bezpośrednie i pośrednie znacznie ogranicza możliwość porównywania tych danych między zakładami.

Aby można było odpowiedzieć na pytanie w jaki sposób badany szpital prowadzi rachunek kosztów i czy stosuje wytyczne zawarte w rozporządzeniu oraz czy uzyskiwane informacje kosztowe dają możliwość ustalenia cen usług medycznych, niezbędne jest przede wszystkim przeprowadzenie analizy prawidłowości dokonywania wyceny procedur medycznych w oparciu o poszczególne jej etapy.

Pierwszym etapem tego procesu²⁵⁹ jest sporządzenie wykazu ośrodków kosztów, realizujących jednorodne procedury medyczne. Kalkulacja kosztów wytworzenia poszczególnych usług medycznych wymaga bowiem wydzielenia miejsc świadczących te usługi. Jak wiadomo, cytowane rozporządzenie dzieli je na ośrodki kosztów związane z:

- 1) udzielaniem świadczeń zdrowotnych, określane jako ośrodki kosztów działalności

²⁵⁷ Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

²⁵⁸ Badania w tym zakresie prowadzone były przez CSOZ w 2004 r. (www.csioz.gov.pl), a także: B. Jędrzejak, *Specyfika kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami...*, op. cit., s. 117, B. Lewicka, *Systemy rachunku kosztów i możliwości ich zastosowania w zakładach opieki zdrowotnej*, Ibidem s. 299, B. Zaleska, *Ocena rachunkowości szpitali w świetle badań empirycznych*, Ibidem s. 327, M. Hass-Symotiuk, H. Jakimowicz, *Ocena zmian...*, op. cit., 75, M. Cygańska, *Wykorzystanie rachunku kosztów w zarządzaniu wybranymi szpitalami*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s. 31.

²⁵⁹ J. Kogut, *Ścieżka wdrożeniowa rachunku kosztów leczenia szpitalnego*, [w:] G. Borys (red.), *Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, PN AE we Wrocławiu Nr 1091, Wrocław 2005, s. 229-237.

podstawowej,

- 2) wykonywaniem działalności wspomagającej działalność podstawową, zwane ośrodkami kosztów działalności pomocniczej,
- 3) zarządzaniem zakładem jako całością – ośrodki kosztów zarządu.

Podział na miejsca powstawania kosztów powinien uwzględniać kryterium jednorodności z punktu widzenia funkcji jak i kosztów usług świadczonych przez poszczególne komórki. Przyjęcie tego kryterium powoduje uszczegółowienie struktury organizacyjnej szpitala, niezbędne do prawidłowego oszacowania kosztów jednostkowych badań diagnostycznych, porad specjalistycznych czy osobodni, istotne nie tylko z punktu widzenia księgowego ale i statystycznego.

Przeprowadzone badania wykazały, że w badanym SP ZOZ do kosztów działalności podstawowej – medycznej zostały zakwalifikowane (zgodnie ze statutem) oddziały szpitalne, zarówno zabiegowe jak i zachowawcze oraz poradnie specjalistyczne.

Do kosztów działalności pomocniczej – medycznej przypisano takie komórki organizacyjne jak: pracownia USG, EEG, RTG, endoskopii, patomorfologii, mammografii, tomografii, kardiologii interwencyjnej i zabiegowej naczyń, prosektorium, sekcja statystyki i dokumentacji chorych, centralna tlenownia, dział eksploatacji i naprawy sprzętu i aparatury medycznej, diagnostyki obrazowej, bloki operacyjne (odrębnie dla każdego oddziału zabiegowego), sterylizacje (w zależności od rodzaju), stacja dezynfekcji łóżek, izby przyjęć, laboratoria (centralne, serologiczne, mikrobiologiczne). Wyróżniono także pomocniczą działalność niemedyczną, do której zaliczono: kuchnię z magazynem żywienia, kotłownię, warsztat mechaniczny, elektryczny, elektroniczny, chłodnię odpadów medycznych, transport, centralne szatnie, pomieszczenia techniczne, magazyn odzieży chorych, kaplicę, punkt przyjęć bielizny, wewnętrzne sieci elektroenergetyczne, ciepłownicze i gazowe, instalacje i urządzenia łączności, urządzenia ppoż., hydrofornię, kserokopiarkę.

Natomiast koszty zarządu i ogólnozakładowe zostały ujęte bardzo ogólnie bez szczegółowego rozbicia na poszczególne komórki organizacyjne.

Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów badanego SP ZOZ przedstawiono w tabeli 23 (zaprezentowanej na stronie 161).

Jak wynika z tego zestawienia w SP ZOZ występuje dość szczegółowy podział na ośrodki kosztów zarówno działalności podstawowej jak i pomocniczej. Ośrodki te zostały wyodrębnione na podstawie istniejącej struktury organizacyjnej szpitala, którą jeszcze uszczegółowiono i „pogłębiono”. Jedynie ośrodki kosztów zarządu są zbyt mało doprecyzowane, co wynika ze zmiany dotychczas obowiązującego planu kont, który w

niedługim czasie będzie aktualizowany²⁶⁰.

Warto także zaznaczyć jednak, że jeśli świadczenia zdrowotne realizowane są na potrzeby własnych pacjentów przez takie ośrodki jak: pracownie diagnostyczne, laboratoria, bloki operacyjne, działy (gabinety) zabiegowe, aptekę szpitalną, stację krwiodawstwa to można je zaliczyć do działalności pomocniczej medycznej. W przeciwnym wypadku mogą stanowić działalność podstawową pozostałą²⁶¹.

Kolejnym etapem w wycenie procedur medycznych jest określenie listy wykonywanych procedur medycznych wraz z przypisaniem właściwych im kodów. Punktem odniesienia w tej fazie jest Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – trzecia edycja polska z aneksem: Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych²⁶², określana jako klasyfikacja ICD-9CM. Opracowanie to może służyć jako baza, na której należy oprzeć się przy ustalaniu nazw i kodów poszczególnych procedur. Rozporządzenie nakłada obowiązek sporządzenia wykazu procedur wykonywanych w każdym ośrodku kosztów działalności podstawowej innym niż oddział szpitalny (pracownie diagnostyczne, bloki operacyjne, poradnie itp.). Na liście realizowanych procedur powinna znaleźć się zarówno procedura prosta, jak i złożona, na którą składają się co najmniej dwie, pojedyncze procedury medyczne. W większości ośrodków kosztowych występują tzw. procedury proste, czyli takie które składają się z jednej procedury odpowiednio sklasyfikowanej i możliwej do samodzielnego wykonania. Procedury takie najczęściej wykonywane są w pracowniach diagnostycznych, takich jak: EKG, EEG, USG, Laboratorium itp. Natomiast procedury złożone występują najczęściej na blokach operacyjnych, gdzie podczas jednego zabiegu operacyjnego wykonuje się kilka różnych procedur. Dlatego też na liście procedur realizowanych np. na bloku operacyjnym powinna się znaleźć każda procedura medyczna, zarówno pojedyncza jak i złożona i każdą z nich należy odrębnie wycenić.

W przypadku gdy dana procedura wykonywana jest na różne sposoby, każdy z nich powinien zostać osobno opisany i wyceniony. Może się jednak zdarzyć, że w zakładowym klasyfikatorze nie ma rozróżnienia, co do sposobów wykonania i dana procedura posiada

²⁶⁰ Od 01.01.2007 r. w szpitalu obowiązuje nowy wykaz kont syntetycznych wraz wykazem symboli kosztowych według rodzaju kosztów i miejsc powstawania. W poprzednio obowiązującym planie kont wyróżniano ośrodki kosztów zarządu tj. administracja, obsługa, centrala telefoniczna, magazyn centralny, zarząd, dział ekonomiczno-finansowy, dział marketingu i rozliczania świadczeń zdrowotnych, sekcja spraw osobowych, dział organizacji i nawozu, sekcja przetargów i zamówień publicznych, dział techniczny, informatyka i inne samodzielne stanowiska.

²⁶¹ M. Hass-Symotiuk (red.), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 139.

²⁶² *Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – trzecia edycja polska, z aneksem: Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2007.

tylko jeden właściwy jej kod. Wówczas należy stworzyć odmianę głównego numeru procedury poprzez rozszerzenie jej kodu. Najlepszym rozwiązaniem jest więc przypisywanie takich kodów, które zostały zapisane na największej w danym podrozdziale liczbie znaków, np. procedura usg, gdzie transwaginalne usg macicy i przydatków powinno mieć przypisany kod 88.772, a nie np. kod 88.77, oznaczający ultrasonografię ginekologiczną, gdyż jest on zbyt ogólny.

Analizując ten etap w odniesieniu do badanego SP ZOZ, można stwierdzić, iż opracowane listy wykonywanych procedur medycznych w poszczególnych ośrodkach kosztów są niekompletne i niedokładne, a także wiele ośrodków nie posiada w ogóle takich list. Wykazy sporządzone zostały jedynie w pracowniach diagnostycznych (USG, RTG, TK, endoskopii, itp.) oraz laboratoriach. Są one jednak mało szczegółowe i niekompletne oraz nie posiadają kodów zgodnych z klasyfikacją ICD-9CM. Natomiast poradnie specjalistyczne czy bloki operacyjne w ogóle nie posiadają list realizowanych procedur medycznych. Przykładowy wykaz wykonywanych procedur w pracowni tomografii komputerowej i laboratorium mikrobiologicznym przedstawia tabela 32 i 33.

Tabela 32. Wykaz procedur medycznych wykonywanych w Pracowni tomografii komputerowej SP ZOZ

Lp.	Rodzaj wykonywanej procedury medycznej
1.	TK głowy
2.	TK głowy z kontrastem
3.	TK klatki piersiowej/badanie podstawowe/
4.	TK klatki piersiowej z kontrastem
5.	TK jamy brzusznej/badanie podstawowe/
6.	TK jamy brzusznej 2-fazowe
7.	TK jamy brzusznej 3-fazowe
8.	TK zatok /badanie podstawowe/
9.	TK zatok z kontrastem
10.	TK uszu /badanie podstawowe/
11.	TK uszu z kontrastem
12.	TK miednicy z kontrastem
13.	TK szyi /badanie podstawowe/
14.	TK szyi z kontrastem
15.	TK twarzoczaszki /badanie podstawowe/
16.	TK twarzoczaszki z kontrastem
17.	TK kręgosłupa - uraz
18.	TK kręgosłupa /badanie podstawowe/
19.	TK jama brzuszna+miednica
20.	TK Angiografia
20.	HRCT

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Tabela 33. Wykaz procedur medycznych wykonywanych w laboratorium mikrobiologicznym SP ZOZ

Lp.	Rodzaj wykonywanej procedury medycznej
1.	Pobieranie materiału do badań - wymaz
2.	Pobieranie krwi żyłnej do badań
3.	Pobieranie próby przy użyciu Count-takt /monitorowanie skażenia powierzchni/
	Badania serologiczne:
4.	USR - aglutynacja
5.	VDRL - aglutynacja
6.	FTA - IF
7.	TPHA - aglutynacja
8.	Mycoplasma pneumoniae - p.ciała - aglutynacja
9.	TORCH p/ciała IgG /Toxo, Rubella,CMV,HSV 1,HSV 2 / - IF
10.	TORCH p/ciała IgM /Toxo, Rubella,CMV,HSV 1,HSV 2 / - IF
11.	Toxoplasma gondii - p/ciała IgG VIDAS - ELISA
12.	Toxoplasma gondii - p/ciała IgM VIDAS - ELISA
13.	Borrelia burgdorferi - p/ciała IgG + p/ciała IgM VIDAS - ELISA
14.	Antygen HBs - ELISA
15.	Antygen Hbe VIDAS - ELISA
16.	P/ciała anty - HBe VIDAS - ELISA
17.	P/ciała anty - HBc total VIDAS - ELISA
18.	P/ciała anty - HBc - IgM VIDAS - ELISA
19.	P/ciała anty - HBs (po przebytych WZW B lub po szczepieniu) VIDAS - ELISA
20.	P/ciała anty - HCV - ELISA
21.	HIV Ag Ab - antygen i p/ciała VIDAS - ELISA
22.	P/ciała anty - CMV IgG VIDAS - ELISA
23.	P/ciała anty - CMV IgM VIDAS - ELISA
24.	P/ciała anty - EBV lateks (mononukleozę zakaźną)
	Badania bakteriologiczne:
25.	Posiew moczu z antybiogramem (test Goulda)
26.	Posiew kału - Salmonella, Shigella, E.coli Enteropatogenna i in. z antybiogramem
27.	Kał - bad. w kier. - Rotavirusy
28.	Wymaz z odbytu - posiew w kierunku Salmonella, Shigella
29.	Wymaz (na wymazówce) z gardła, nosa,ucha,oka,rany,ropy i in. Plwocina z posiew tlenowy z antybiogramem
30.	Wymaz z oka na jałowość - posiew bakteriologiczny (do zabiegu operacyjnego)
31.	Wymaz z nosa, gardła i in. - posiew w kier. nosicielstwa gronkowca MRSA
32.	Wymaz z nosa, gardła i in. - posiew w kier. nosicielstwa gronkowca St. Aureus
33.	Wymaz z nosa, gardła i in. - posiew w kier. nosicielstwa Neisseria meningitidis
32.	Próba czystościowa- epidemiologia zakażeń /posiew bakteriologiczny/
33.	Miejsce wkłucia przy pobieraniu krwi na posiew
34.	Kontrola skuteczności sterylizacji - sporał, test biologiczny
35.	Posiew bakteriologiczny wody /po uzdatnieniu dla Stacji Dializ/
	Badanie kompleksowe wymazu z pochwy, szyjki macicy, cewki moczowej
36.	Czystość pochwy i cewki moczowej (GC,TV,Dr) dla Poradni Dermatologicznej
37.	Wymaz z pochwy i cewki - posiew bakteriologiczny + preparat bezpośredni

38.	Ureaplasma urealyticum + Mycoplasma hominis
39.	Chlamydia trachomatis - antygen
	Krew, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyny z jam ciała - posiew (na podłożach płynnych w systemie automatycznym Bact Alert)
40.	Posiew tlenowy - ujemny
41.	Posiew beztlenowy - ujemny
42.	Posiew tlenowy - dodatni + antybiogram
43.	Posiew beztlenowy - dodatni + antybiogram
44.	Krew, PMRdz./system Bact Alert/ - posiew tlenowy - dodatni

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Trzecim krokiem, niezbędnym w wycenie procedur medycznych jest opis sposobu przeprowadzenia danej procedury wraz z zasobami niezbędnymi do jej wykonania. Zastosowanie odmiennej technologii wykonania danej procedury wiąże się z użyciem innych materiałów i sprzętu medycznego, innym czasem pracy, często także wykorzystaniem innej aparatury.

Rozporządzenie w § 5 ust. 3²⁶³ wskazuje na konieczność odrębnego oszacowania kosztów procedur, które mogą być wykonywane na różne sposoby, pod warunkiem, że działanie to jest istotne, opłacalne i możliwe. Wiąże się to z korzystaniem z klasyfikacji ICD-9CM, a także z kalkulacją kosztów normatywnych wynikających z opisu tych procedur. Klasyfikator w wielu przypadkach uwzględnia jeden kod świadczenia medycznego, nie różnicując go pod względem zastosowania różnej technologii medycznej. Praktyka pokazuje jednak, że dana procedurę można wykonać przy użyciu różnych zestawów sprzętu medycznego, np. tradycyjnie (zabiegowo) lub przy użyciu laparoskopu, uzyskując ten sam efekt leczniczy, jednak inny kosztowy.

Przykładem mogą być także badania z zakresu tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego, które w klasyfikacji ICD-9CM są wyodrębnione zgodnie z podziałem narządowym (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, kończyny itd.), natomiast fakt użycia kontrastu nie został uwzględniony w kodach tych badań. Opis technologii wykonania procedur medycznych z tego zakresu wskazuje jednak, że poszczególne elementy materiałów dla danego typu badania są zużywane podobnie, jednak zastosowanie kontrastu znacznie różnicuje koszt tych badań. Istotnym w tym etapie jest więc wyróżnienie materiałów czy środków technicznych uznawanych za wysokocenne, które znacznie różnicują koszt badania czy zabiegu danego rodzaju.

Przeprowadzone badania wykazały, że SP ZOZ Szpital Wojewódzki nie tworzy opisów

²⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie..., op. cit. (Dz. U. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

poszczególnych procedur medycznych ze względu na sposób ich wykonania czy zastosowanie znacząco różnych kosztowo materiałów czy też czas trwania. Obecnie dyrekcja szpitala zobligowała personel medyczny do opracowania technologii wykonania najczęściej wykonywanych procedur w danym ośrodku kosztów wraz z określeniem zasobów niezbędnych do ich wykonania.

Po sporządzeniu listy realizowanych procedur medycznych i ich kodów wg ICD-9CM, w każdym ośrodku kosztów (niezbędna jest także ich okresowa weryfikacja) należy prowadzić ewidencję ich wykonań. Informacja na temat liczby realizowanych procedur medycznych jest niezbędna do rozliczania kosztu wytworzenia poszczególnych badań i zabiegów, a także pozwala na oszacowanie rzeczywistego zakresu działalności diagnostycznej czy terapeutycznej danego ośrodka kosztów. Ewidencja ta powinna być prowadzona dla z góry określonych okresów rozliczeniowych np. w okresach miesięcznych i narastająco oraz obejmować wszystkie pozycje znajdujące się w wykazach procedur dla poszczególnych ośrodków kosztów.

Rozpatrując ten etap wyceny procedury medycznych z punktu widzenia badanego SP ZOZ-u można stwierdzić, że w tych ośrodkach kosztów, w których sporządzono listę wykonywanych procedur (głównie pracownie diagnostyczne czy laboratoria) prowadzi się rejestrację ich wykonań. Nie ma jednak jednoznacznego podziału na okresy sprawozdawcze, dla których są one ewidencjonowane.

Kolejnym etapem, po nadaniu procedurom kodów wg klasyfikacji ICD-9CM oraz przypisaniu poprawnych nazw i opracowaniu technologii ich wykonania, jest ustalenie kosztów normatywnych (standardowych), bezpośrednich każdego badania czy zabiegu w oparciu o przeciętne zużycie zasobów i bieżące ceny. Normatywny koszt jednostkowy bezpośredni procedury medycznej stanowi łączny koszt wszystkich zużywalnych materiałów, sprzętu jednorazowego i pracy personelu, wykonującego daną procedurę medyczną. Określenie stopnia zużywalności materiałów i sprzętu medycznego powinno odnosić się do obserwacji pochodzących z dłuższych okresów, tak aby można było dokonać uśrednień w tym zakresie.

Niezbędnym w tym etapie jest sporządzenie zestawienia zużycia materiałów bezpośrednich oraz czasu pracy dla każdej wyodrębnionej procedury medycznej. Zestawienie poniesienia kosztów materiałowych zawiera informacje na temat: rodzaju materiału, leku, sprzętu jednorazowego, jego typu, liczby procedur na jaką zużywa się dane materiały określone w odpowiednich jednostkach miary (sztuki, opakowania, butelki itp.) oraz ilości sztuk, opakowań czy butelek jaka zużywana jest na wskazaną liczbę procedur. Następnie

dokonywane się wyceny jednostki miary (sztuki, opakowania, butelki itp.) i ustala wkład do kosztu jednostkowego poprzez podzielenie ilości sztuki, opakowań czy butelek przez liczbę procedur i pomnożenie przez cenę jednostki miary.

Natomiast zestawienie nakładu pracy personelu medycznego realizującego daną procedurę zawiera koszty osobowe ustalone jako iloczyn średniej stawki godzinowej zespołu (lekarza, pielęgniarki itp.) przez czas trwania procedury.

Koszty standardowe pełnią rolę klucza podziałowego do rozliczenia kosztów pośrednich ośrodka pomiędzy wszystkie wykonywane w nim procedury medyczne.

W tym etapie należy pamiętać o odrębnej wycenie procedur prostych i złożonych (pomimo, że procedury złożone mogą składać się z procedur prostych). Zsumowanie kosztów normatywnych procedur pojedynczych, wchodzących w skład procedur złożonych powoduje sztuczne zawyżanie kosztów tych procedur. Czynności przygotowawcze przeprowadzane w procedurze prostej, jak i złożonej są identyczne. Wartość zużywanych podczas tych czynności materiałów i sprzętu jest taka sama, ponieważ lekarz wykonując procedurę złożoną nie zakłada dwóch fartuchów, dwóch czepków czy masek, nie używa podwójnej dawki środków dezynfekcyjnych itd. Przy procedurze złożonej używa się natomiast więcej materiałów opatrunkowych, nici, drenów, pojemników na wycinki itp. oraz dłuższy jest czas wykonywania takiego zabiegu czy badania.

Badania przeprowadzone w SP ZOZ wykazały, że od 2002 roku w szpitalu zaczęto sporządzać wykazy zużycia materiałów bezpośrednich i czasu pracy oraz dokonywać ich wyceny w celu ustalenia normatywnych jednostkowych kosztów bezpośrednich wybranych procedur medycznych. Zakres tego działania był i nadal jest znacznie ograniczony, gdyż tylko nieliczne procedury wykonywane w poszczególnych ośrodkach zostały w ten sposób wycenione. Wybór procedur do wyceny został przeprowadzony przypadkowo lub zlecony bezpośrednio przez dyrekcję szpitala.

Wśród procedur, dla których ustalono normatywne jednostkowe koszty bezpośrednie można wyróżnić, np. arteriografię miednicowo-kończynową (88.48), wstrzyknięcie do żyły środka sklerotyzującego 39.92, badanie EEG standard (89.14), arteriografię naczyń mózgowych (88.48), komputerową tomografię brzucha (88.01), zdjęcie rtg kości kończyny górnej (88.24), mammografię 87.37, rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy (13.43), hemodializę 39.95, przetoczenie krwi i produktów krwiopochodnych (99.0), echokardiografię przezprzełykową (88.724), perikardiocentezę (37.0) i inne procedury, zarówno profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne jak i rehabilitacyjne.

Zużycie materiałów, sprzętu i nakładu czasu pracy personelu medycznego przykładowych

procedur medycznych:

- wszczepienia soczewki przy usunięciu zaćmy (13.7) wykonywanego na Bloku operacyjnym okulistycznym (510-0131) jako procedury zabiegowej (złożonej);
- badania RTG układu moczowego (87.79) wykonywanego w Pracowni RTG (510-0121) jako procedury diagnostycznej (prostej)

przedstawia tabela 34 i 35, ukazująca ilościowe i wartościowe zestawienie zasobów niezbędnych podczas wykonania tych procedur.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż sporządzone w szpitalu zestawienia zużywalnych zasobów, zarówno materiałowych jak i osobowych nie są bieżąco aktualizowane, np. w przypadku zmiany cen jednostkowych materiałów czy sprzętu medycznego jak i w przypadku zmiany kosztu jednostki czasu pracy. Sytuacja ta powoduje, iż uzyskane informacje na temat kosztów wykonywanych procedur są nieaktualne i nie mogą stanowić efektywnej podstawy prawidłowej wyceny procedur medycznych, a co za tym idzie podstawy ustalania cen usług medycznych.

Ponadto, wycena procedur odbywa się głównie na poziomie materiałów bezpośrednich i kosztów pracy (normatywnych kosztów bezpośrednich), bez dalszego ich uwzględnienia do obliczenia skali punktowej, stanowiącej współczynniki podziałowe wykorzystywane do rozliczania kosztów poniesionych w danym ośrodku kosztów na poszczególne wykonane w określonym czasie procedury medyczne.

Uzyskiwane informacje kosztowe nie zostały także w żaden sposób wykorzystane, a praktyki ustalanie rzeczywistego kosztu leczenia pacjenta opartego na formule: procedury medyczne, leki i koszty hotelowe, zostały zaniechane (mimo, iż próbowane je początkowo wykorzystywać). Za główną przyczynę takiej sytuacji dyrekcja szpitala uznała przede wszystkim brak odpowiedniego oprogramowania komputerowego, służącego do przetwarzania danych, stosowanie praktyk leczniczych niezgodnych z ustalonymi standardami oraz brak zainteresowania informacjami kosztowymi ze strony płatnika (obecnie NFZ) i nie uwzględnianie informacji o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania²⁶⁴.

²⁶⁴ Jedynie w roku 2003 przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych, NFZ zwrócił się do szpitala o przedstawienie informacji kosztowych. Były one jednak bardzo ogólne i dotyczyły zakładu jako całości, a nie poszczególnych ośrodków kosztów czy nośników.

Tabela 34. Zestawienie zasobów zużywanych podczas wykonania procedury 13.75 (Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy)

Tabela zużycia materiałów i sprzętu medycznego (koszty materiałowe)

Jednostka organizacyjna: SP ZOZ Szpital Wojewódzki		Kod procedury medycznej: 13.75					
Kod ośrodka kosztów: 510-0131							
Nazwa ośrodka świadczącego procedury medyczne:		Nazwa procedury:					
Blok operacyjny-okulistyczny		Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy					
Lp.	Nazwa materiały	Opis zużywanego materiału	Wskaźnik zużycia (liczba procedur)	Jednostka miary	Ilość zużyta M na N procedur	Cena jednostki miary	Wkład do kosztu jednostkowego
	D	T	N	M	L	C	U=(L/N)*C
1.	Nici chirurgiczne	Vicryl 4/0 w 9506	1	szt	1	8,36	8,36
2.	Nici chirurgiczne	Ethich 8/0 w	1	szt	1	10,32	10,32
3.	Nici chirurgiczne	Ethich 9/0 w	1	szt	0,5	10,87	5,44
4.	Soczewka oczna	Typ 517.0	1	szt	1	99,00	99,00
5.	Visco	duovisic	1	op	1	190,00	190,00
6.	Folia operacyjna	Tegaderm	1	szt	1	4,56	4,56
7.	Gaziki	Tupery 18 x 18	1	szt	2	0,20	0,40
8.	Gaziki	Sterilux 7,5 x 7,5	1	szt	10	0,08	0,80
9.	Seton	2 m x 1 cm	1	szt	1	1,35	1,35
10.	Wata opatrunkowa	1000 g	1	g	1	0,20	0,20
11.	Lignina	1000 g	1	g	2	0,20	0,40
12.	Omnipor plaster	2,5 x 5 cm	1	cm	40	0,05	2,00
13.	Softaderm	5000 ml	1	ml	40	0,08	3,20
14.	Promanum N	5000 ml	1	ml	40	0,06	2,40
15.	Prześcieradło rolkowe	50 m	1	m	4	1,22	4,88
16.	sol. Gentamecyna 0,3%	5 ml	1	ml	0,5	0,47	0,24
17.	sol. Novesin 0,4%	10 ml	1	ml	0,5	1,99	0,99
18.	sol. Neo-Synephr 10%	5 ml	1	ml	0,5	4,13	2,07
19.	Atecortin maść	5 ml	1	ml	0,5	1,65	0,83
20.	Marcaina 0,5%	20 ml	1	ml	5	0,58	2,90
21.	Lignocaina 2%	20 ml	1	ml	5	0,62	3,10
22.	Hylase 150L.E.		3	amp	1	22,14	7,38
23.	Adrenalina 0,01		1	amp	1	0,96	0,96
24.	BSS	250 ml	8	op	1	60,00	7,50
25.	Gentamecyna 80 mg		1	amp	1	1,29	1,29

26.	Dexaren 4 mg		1	amp	0,5	0,97	0,49
27.	Strzykawka	2 ml	1	szt	4	0,07	0,28
28.	Strzykawka	10 ml	1	szt	2	0,12	0,24
29.	Strzykawka	1 ml	1	szt	1	0,22	0,22
30.	Igła do wkłuć		1	szt	6	0,06	0,36
31.	Aparat do kroplówki		1	szt	1	1,82	1,82
32.	Ostrze do noża		1	szt	1	0,52	0,52
33.	Rękawica sterylna		1	para	4	0,76	3,04
34.	Rękawica latex		1	para	4	0,12	0,48
35.	Czapka	jednorazowa	1	szt	4	0,59	2,36
36.	Maska	jednorazowa	1	szt	4	0,22	0,88
37.	Worek foliowy	90 x 70	1	szt	3	0,49	1,47
38.	Worek Sulo		1	szt	1	1,93	1,93
39.	Slit	nóż	5	szt	1	100,00	20,00
40.	Crescenol	nóż	5	szt	1	100,00	20,00
41.	Kapturek		50	szt	1	100,00	2,00
	RAZEM						416,66

Tabela nakładu czasu pracy osób wykonujących procedurę (koszty osobowe)

Jednostka organizacyjna: SP ZOZ Szpital Wojewódzki		Kod procedury medycznej: 13.75					
Kod ośrodka kosztów: 510-0131							
Nazwa ośrodka świadczącego procedury medyczne:			Nazwa procedury:				
Blok operacyjny-okulistyczny			Wszczępienie soczewki przy usunięciu zaćmy				
Lp.	Grupa Pracownicza	Wskaźnik zużycia (liczba procedur)	Jednostka czasu	Koszt jednostki czasu (M)	Zużyty czas (M) na ilość procedur (N)	Wkład do kosztu jednostkowego	
	D	N	M	C	T	P=(T/N)*C	
1.	Lekarz 1	1	godzina	23,48	1,5	35,22	
2.	Lekarz 2	1	godzina	19,89	1,5	29,84	
3.	Pielęgniarka instrumentariuszka	1	godzina	12,25	2,00	24,50	
4.	Pielęgniarka pomagająca	1	godzina	11,52	2,00	23,04	
	RAZEM					112,60	

RAZEM PROCEDURA	529,26
------------------------	---------------

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Tabela 35. Zestawienie zasobów zużywanych podczas wykonania procedury 87.79 (Badanie RTG układu moczowego)

Tabela zużycia materiałów i sprzętu medycznego (koszty materiałowe)

Jednostka organizacyjna: SP ZOZ Szpital Wojewódzki		Kod procedury medycznej: 87.79					
Kod ośrodka kosztów: 510-0121							
Nazwa ośrodka świadczącego procedury medyczne: Pracownia RTG		Nazwa procedury: Badanie RTG układu moczowego					
Lp.	Nazwa materiały	Opis zużywanego materiału	Wskaźnik zużycia (liczba procedur)	Jednostka miary	Ilość zużyta M na N procedur	Cena jednostki miary	Wkład do kosztu jednostkowego $U=(L/N)*C$
	D	T	N	M	L	C	
1.	Softasept	op=1 l	20	litr	1	41,80	2,09
2.	Lampa rentgenowska GE	General Electric	20.000	szt	1	30000,00	1,50
3.	Wywoływacz	butelka 5 l	27	litr	5	20,00	3,70
4.	Utrwalacz	butelka 5 l	27	litr	5	18,00	3,33
5.	Film FOTON XRI	35 x 43	1	szt	2	3,48	6,96
6.	Rękawiczka jednorazowa	op=100 szt	50	op	1	12,50	0,25
7.	Urografin 76%	kontrast niejonowy op=50ml	2	op	1	20,00	10,00
8.	Lignina	op=1 kg	500	kg	1	10,00	0,02
9.	Sirzykawka	20 ml	1	szt	1	0,25	0,25
10.	Igła do wkłuć		1	szt	1	0,06	0,06
11.	Mini Spike Plus		1	szt	1	2,62	2,62
12.	Gaziki	op=100 szt	50	op	1	5,00	0,10
13.	Plaster zwykły	op. 1 m	20	op	1	2,50	0,13
14.	Cewnik Foleya	14	1	szt	1	1,85	1,85
	RAZEM						32,86

Tabela nakładu czasu pracy osób wykonujących procedurę (koszty osobowe)

Jednostka organizacyjna: SP ZOZ Szpital Wojewódzki		Kod procedury medycznej: 87.79				
Kod ośrodka kosztów: 510-0121						
Nazwa ośrodka świadczącego procedury medyczne:		Nazwa procedury:				
Pracownia RTG		Badanie RTG układu moczowego				
Lp.	Grupa Pracownicza	Wskaźnik zużycia (liczba procedur)	Jednostka czasu	Koszt jednostki czasu (M)	Zużyty czas (M) na ilość procedur (N)	Wkład do kosztu jednostkowego
	D	N	M	C	T	$P=(T/N)*C$
1.	Lekarz	1	godzina	21,38	0,17	3,63
2.	Technik radiologiczny	1	godzina	15,77	0,25	3,94
	RAZEM					7,57
RAZEM PROCEDURA					40,43	

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Podsumowując prowadzone rozważania można stwierdzić, iż badany szpital nie prowadzi rachunku kosztów zgodnie z przepisami rozporządzenia MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 r.²⁶⁵ i nie stosuje się w pełni do wytycznych w nim zawartych. Informacje pochodzące z systemów ewidencji i rozliczania kosztów wykorzystywane są głównie do celów sprawozdawczych, natomiast w zbyt małym stopniu wspomagają procesy zarządcze.

Przyczyny takiej sytuacji mogą wynikać przede wszystkim z:

- 1) braku odpowiedniego zintegrowanego systemu informatycznego, pozwalającego łączyć dane medyczne z ekonomicznymi,
- 2) braku narzędzi informatycznych do gromadzenia i przetwarzania danych (niski stopień informatyzacji szpitala),
- 3) trudności w interpretacji zapisów rozporządzenia, powodujących tworzenie własnych modyfikacji i koncepcji w stosowaniu ujętych w nim zasad,
- 4) braku obowiązujących standardów postępowania medycznego, prowadzącego do znacznego zróżnicowania sposobów wykonywania procesów w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 5) zbyt dużego zaangażowania pracowników administracyjnych szpitala w przygotowanie dokumentów sprawozdawczych przede wszystkim dla NFZ, wynikającego ze zbyt skomplikowanego i rozbudowanego systemu rozliczania się szpitala z kontraktu,
- 6) braku odpowiednio przeszkolonego personelu administracyjnego i medycznego do wyceny usług medycznych oraz ograniczania zatrudnienia w drodze restrukturyzacji jednostki,
- 7) braku spójności przepisów ustawy o rachunkowości²⁶⁶ z aktami prawnymi wydanymi przez Ministerstwo Zdrowia, co powoduje konieczność prowadzenia tzw. podwójnej księgowości,
- 8) braku jednolitego katalogu wykonywanych usług medycznych (stosowany przez NFZ katalog świadczeń jest inny od katalogu międzynarodowego ICD-9CM czy ICD-10CM, który jest podstawą wyceny świadczeń zawartą w rozporządzeniu),
- 9) braku systemów zarządzania szpitalem, które systematyzowałyby zakres i sposób wykorzystania informacji płynących z księgowości.

Wynika więc z tego, że brak rzetelnych i wiarygodnych informacji kosztowych nie daje możliwości ustalania cen usług medycznych. Niezależnie od metodyki ustalania cen, koszty

²⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie..., *op. cit.* (Dz. U. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

²⁶⁶ Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.).

stanowią podstawę każdej z metod, a ich znajomość jest niezbędna do podejmowania wszystkich istotnych decyzji zarządczych.

Rozważając możliwość wyceny świadczeń zdrowotnych w szpitalu należy także zwrócić uwagę, iż zakład nie dysponuje obecnie możliwością szybkiej implementacji metodyki ustalania cen usług medycznych, rejestrowania liczby wystąpień tych świadczeń oraz ich wyceny. Wszystkie zadania z tym związane wymagają dłuższej perspektywy czasowej. Wynika to z tego, że rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej ma charakter retrospektywny i wymaga najpierw zgromadzenia niezbędnych informacji, zarówno o charakterze kosztowym, jak i statystycznym w odniesieniu do prowadzonej działalności medycznej i zachodzących w jednostce zdarzeniach, mających wpływ na poziom kosztów. Dopiero zamknięcie okresu rozliczeniowego i odpowiednie przetworzenia zgromadzonych danych pozwoli na uzyskanie niezbędnych informacji kosztowych niezbędnych m.in. do ustalania cen świadczonych usług medycznych.

Do uwarunkowań wdrożenia zasad wyznaczanie cen usług medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej można więc zaliczyć:

1. Rzetelne i poprawne kodowanie rozpoznań chorobowych u wszystkich leczonych pacjentów zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Przyczyn Zgonów ICD-10CM.
2. Rejestrowanie wszystkich zdarzeń medycznych, a więc wykonanych badań diagnostycznych, zabiegów, operacji, zastosowanych leków oraz długości pobytu w poszczególnych oddziałach szpitala, dla wszystkich leczonych pacjentów.
3. Ewidencjonowanie wykonanych procedur medycznych zgodnie z jedną z powszechnie stosowanych klasyfikacji, np. znaną i stosowaną w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD-9CM.
4. Prowadzenie ewidencji księgowej zgodnie z Ustawą o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem MZiOS z 1998 r.
5. Wprowadzenie zintegrowanego systemu umożliwiającego łączenie danych medycznych z ekonomicznymi.
6. Posiadanie wyspecjalizowanego narzędzie informatycznego do gromadzenia i przetwarzania zbieranych danych.
7. Rejestrowanie w systemie ciągłym danych medycznych i ekonomicznych oraz dokonywanie okresowych ich weryfikacji i aktualizacji.
8. Zapewnienie poprawności, kompletności i aktualności danych gromadzonych w bazie.

Działania te pozwolą na uzyskanie rzetelnej i wiarygodnej informacji kosztowej, płynącej

z dobrze skonstruowanego rachunku kosztów, będącej podstawą podejmowania wielu decyzji zarządczych, w tym także ustalania cen usług medycznych.

4.4. Analiza porównawcza cen usług medycznych – wnioski

Wprowadzenie zasady finansowania usług medycznych przez płatników instytucjonalnych wymaga konieczność posiadania przez zakłady opieki zdrowotnej umiejętności dokładnego wyliczenia kosztu leczenia danej jednostki chorobowej czy konkretnego pacjenta. Informacje te powinny stanowić podstawę ustalania cen usług kontraktowanych przez płatników, przewidywania skutków finansowych zawartych kontraktów, jak również do podejmowania trudnych, lecz w praktyce nieuniknionych decyzji restrukturyzacyjnych.

Wycena kosztów świadczeń zdrowotnych stanowić powinna także podstawę decyzji podejmowanych przez administracje centralne w każdym kraju, w którym ochrona zdrowia znajduje się na poziomie dającym się zaakceptować²⁶⁷, zarówno z punktu widzenia świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców, a także z punktu widzenia płatnika (NFZ).

Niestety ochrona zdrowia, realizowana w Polsce przez zakłady opieki zdrowotnej, czyli jednostki funkcjonujące na podstawie umowy określającej warunki zwrotu kosztów usług medycznych przez płatnika (obecnie NFZ, wcześniej Kasy Chorych), stale budzi kontrowersje i nie jest w stanie zyskać sobie zwolenników, zarówno wśród osób z niej korzystających (pacjentów), jak i pracowników jednostek świadczących usługi medyczne.

Rynek usług medycznych to obszar, w którym dochodzi do „zderzenia” dwóch stron. Jedną z nich jest płatnik, którego pozycję i możliwości określa polityka rządu, uwzględniająca sugestie i żądania ministra zdrowia, drugą zaś rzesza świadczeniobiorców oraz grupa świadczeniodawców. Istotnym jest aby „zderzenie” to miało charakter twórczego współdziałania, eliminującego bieżące kontrowersje i niedoskonałości systemu. Ważne jest także, aby w tym ujęciu nie pominąć pojedynczego pacjenta i pracownika personelu medycznego, którzy są najważniejszymi podmiotami systemu opieki zdrowotnej.

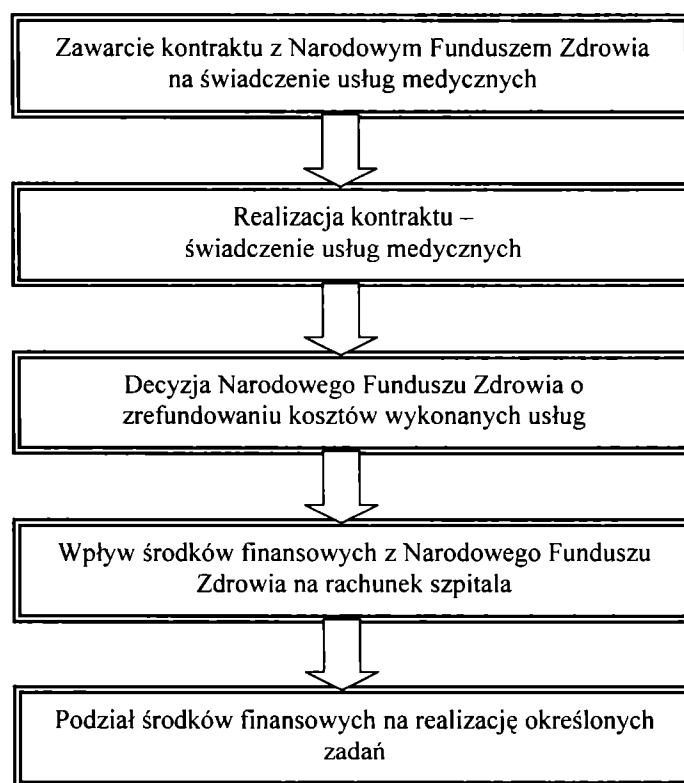
Ogólną procedurę finansowania usług medycznych w Polsce przedstawia rysunek 33. Zaprezentowany schemat wydaje się bardzo prosty i wynika z niego, że najpierw szpital zawiera umowę z NFZ na świadczenie usług medycznych, następnie je wykonuje, a kolejno NFZ podejmuje decyzję o zapłaceniu za nie i przelewa środki na rachunek zakładu.

²⁶⁷ Określenie „dający się zaakceptować” w odniesieniu do ochrony zdrowia jest użyte bardzo ogólnie, gdyż nie jest znany taki poziom świadczenia opieki zdrowotnej w ujęciu ogólnospołecznym, który zadowalałby wszystkich.

Najważniejszym elementem tej procedury jest zawarcie kontraktu zapewniającego sfinansowanie działalności szpitala i osiągnięcie rentowności. Aby można było jednak zrealizować to zadanie, potrzebne są informacje kosztowe, które będą podstawą prowadzenia negocjacji, a następnie ustalenia właściwej ceny rozliczeniowej z NFZ. Sprawą najistotniejszą dla zarządzających szpitalem jest więc posiadanie wiedzy na temat kosztu leczonej jednostki chorobowej na danym oddziale i porównanie go z ceną, jaką zgodnie z katalogiem świadczeń zdrowotnych płaci Narodowy Fundusz Zdrowia.

Obecnie, w rozliczeniach ze szpitalami funkcjonuje „Katalog świadczeń szpitalnych”²⁶⁸, który stanowi zbiór około 1500 świadczeń wycenionych punktowo, przypisanych do resortowych dziedzin medycznych zgodnych z załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania²⁶⁹.

Rysunek 33. Procedura finansowania usług medycznych szpitala



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Borówka, A.A. Antoniewicz, P. Jarzemski, *Analiza kosztów rzeczywistych wybranych procedur urologicznych i wielkości refundacji tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, „Przegląd Urologiczny” 2007/8/3 (43).

²⁶⁸ Aktualnie kontraktowane usługi medyczne w zakresie leczenia stacjonarnego oparte na „Katalogu świadczeń szpitalnych” NFZ zamierza pogrupować na wzór jednorodnych grup pacjentów (JGP). Szczegółowa charakterystyka tej koncepcji zostanie przedstawiona w dalszej części rozdziału.

²⁶⁹ Dz. U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797.

Na koszt jednostkowy leczenia danego pacjenta składa się:

- koszt osobodni pobytu pacjenta w oddziale, ustalony jako suma kosztów bezpośrednich i pośrednich oddziału podzielona przez liczbę osobodni z wyłączeniem kosztów leków i procedur medycznych,
- koszt procedur medycznych (własnych i wykonanych na zewnątrz),
- koszty badań laboratoryjnych,
- koszt leków.

Koszty procedur medycznych, badań laboratoryjnych i leków, to koszty poniesione indywidualnie przez konkretnego pacjenta.

Celem niniejszej części pracy jest obliczenie wybranych rzeczywistych kosztów leczenia indywidualnego pacjenta i ich konfrontacji z wysokością stawek przeznaczonych na ten cel przez głównego płatnika szpitala – Narodowy Fundusz Zdrowia. Do wyliczenia indywidualnego kosztu leczenia pacjenta została wykorzystana metoda kalkulacji kosztu jednostkowego oparta na zasadach określonych w Rozporządzeniu MZiOŚ²⁷⁰, wykorzystująca następujące elementy składowe indywidualnego kosztu leczenia: koszty materiałowe, koszty pracy, koszty osobodni pobytu, koszty procedury operacyjnej oraz koszty procedur diagnostycznych.

Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 36 i tabeli 37²⁷¹.

Tabela 36 prezentuje elementy składowe kosztu leczenia szpitalnego pacjenta, przyjętego z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego (M16) wraz z wykonaniem procedury operacyjnej, polegającej na wykonaniu całkowitej protezoplastyki bezcementowej stawu biodrowego (kod według ICD-9CM: 81.51) wraz z kosztem endoprotezy stawu VERSYS.

Tabela 36. Koszt leczenia szpitalnego pacjenta z wykonaniem procedury operacyjnej (Rozpoznanie: Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego M16)

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10CM	M16 – Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (koksartroza)
Kod procedury operacyjnej wg ICD-9CM	81.51
Kod świadczenia wg Katalogu świadczeń szpitalnych:	5.06.00.0001037
Czas hospitalizacji	14 dni

Wykonane procedury diagnostyczne				
	Procedury medyczne	Ilość	Cena jednostkowa	Koszt
1.	RTG biodra – AP i boczne	3	25,82	77,46

²⁷⁰ 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

²⁷¹ Wszystkie dane liczbowe zaprezentowane w tabelach pochodzą z badanego SP ZOZ.

2.	EKG	1	10,52	10,52
3.	RTG płuc	1	25,16	25,16
Razem				113,14
Wykonane zabiegi operacyjne				
1.	Całkowita protezoplastyka bezcementowa stawu biodrowego (81.51) (wraz z kosztem endoprotezy stawu VERSYS)	1	9 245,91	9 245,91
2.	Znieczulenie podpajęczynkowe (96.3)	1	326,29	326,29
Razem				9 572,20
Wykonane badania laboratoryjne				
1.	Morfologia	4	4,00	16,00
2.	Mocz	2	3,86	7,72
3.	OB	2	1,29	2,58
4.	Mocznik	4	2,25	9,00
5.	Kreatynina	4	3,03	12,12
6.	Elektrolity (sód, potas, chlorki)	4	6,56	26,24
7.	Czas kaolinowo-kefalinowy	3	5,91	17,73
8.	Wskaźnik protrombinowy	3	6,15	18,45
9.	Grupa krwi	1	43,80	43,80
10.	Krzyżówka z krwi	2	51,10	102,20
11.	HBS	1	11,18	11,18
12.	Pobranie krwi z żyły	4	2,25	9,00
Razem				276,02
Podane leki				
1.	Tafril I g	21	7,47	156,87
2.	Biodacyna 0,5	14	4,88	68,32
3.	Delcontral 0,1 g	6	0,85	5,10
4.	Morfina	4	1,22	4,88
5.	Ketonal tabl.	22	0,47	10,34
7.	Pyralgina	2	3,51	7,02
8.	Poltram	20	0,26	5,20
9.	Zinacef 1,5 g	3	6,53	19,59
10.	NaCl 0,9 % 500 ml	6	1,41	8,46
11.	PWE 500 ml	6	1,51	9,06
12.	Ringer 500 ml	3	1,53	4,59
13.	Tegaderm 10x12	5	1,28	6,40
14.	Ketokanazol	20	0,84	16,80
15.	Gelofusine 500 ml	1	28,00	28,00
Razem				350,63
Koszt pobytu w oddziale				
Liczba osobodni				14
Koszt osobodnia pobytu w oddziale				179,70
Razem				2 515,80
INDYWIDUALNY KOSZT LECZENIA PACJENTA				12 827,79

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Obliczony koszt leczenia szpitalnego choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego tzw. koksartrozy z zastosowaniem całkowitej protezoplastyki bezcementowej stawu biodrowego, wyniósł ogółem 12 827,79 zł. Najważniejszymi elementami składowymi ponoszonych kosztów leczenia są: koszty niezbędnych procedur diagnostycznych (113,14 zł), zabiegów operacyjnych (9 572,20 zł), badań laboratoryjnych (276,02 zł), podanych leków (350,63 zł)

oraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej (2 515,80 zł). Najbardziej kosztochłonnym elementem leczenia jest koszt wykonania zabiegu protezoplastyki bezcementowej stawu biodrowego, który wymaga zastosowania endoprotezy stawu biodrowego VERSYS o wartości 4 986,20 zł.

Tabela 37 prezentuje natomiast koszt leczenia szpitalnego pacjenta bez wykonania procedury operacyjnej, przyjętego do szpitala z rozpoznaniem migotania przedsionków (I48).

Tabela 37. Koszt leczenia szpitalnego pacjenta bez wykonania procedury operacyjnej (Rozpoznanie: Migotanie przedsionków I48)

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10CM	I48 – Migotanie przedsionków
Kod świadczenia wg Katalogu świadczeń szpitalnych:	5.06.00.0000961
Czas hospitalizacji	5 dni

Wykonane procedury diagnostyczne				
	Procedury medyczne	Ilość	Cena jednostkowa	Koszt
1.	RTG klatki piersiowej P-A + lewoboczne	1	35,48	35,48
2.	EKG	4	10,52	42,08
4.	ECHO TTE	2	15,29	30,58
3.	RTG płuc	1	25,16	25,16
Razem				133,30
Wykonane badania laboratoryjne				
1.	Morfologia	1	4,00	4,00
2.	Kreatynina	2	3,03	6,06
3.	OB	2	1,29	2,58
4.	Mocznik	2	2,25	4,50
6.	Elektrolity (sód, potas, chlorki)	2	6,56	13,12
7.	Poziom magnezu	1	2,94	2,94
8.	Aspat	1	2,55	2,55
9.	Alat	1	2,55	2,55
10.	Wskaźnik protrombinowy	3	6,15	18,45
11.	Czas kaolinowo-kefalinowy	3	5,91	17,73
12.	TSH	1	9,80	9,80
13.	Mocz	2	3,86	7,72
14.	Pobranie krwi z żyły	2	2,25	4,50
Razem				96,50
Podane leki				
1.	Metoprololum amp.	3	8,82	26,46
2.	Metoprololum tabl.	10	1,13	11,30
3.	Propafenonum amp.	6	7,82	46,92
4.	Propafenonum tabl.	10	0,77	7,70
5.	Amiodaronum amp.	3	4,68	14,04
6.	Amiodaronum tabl.	30	2,34	70,20
7.	Heparinum amp.	5	3,86	19,30
8.	Enoxaparinum atrium sasz.	10	12,61	126,10
10.	Acenocumarolum tabl.	5	0,14	0,70
11.	Acidum acetylosalicylicum tabl.	5	0,20	1,00
12.	Glucosum	5	0,24	1,20
13.	PWE	5	0,25	1,25
14.	Kalium chloratum fiołka	5	0,65	3,25
15.	Inj magnesi sulfurici amp.	10	0,20	2,00
Razem				331,42

Koszt pobytu w oddziale	
Liczba osobodni	5
Koszt osobodnia pobytu w oddziale	125,48
Razem	627,40
INDYWIDUALNY KOSZT LECZENIA PACJENTA	1 188,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

W przypadku schorzenia migotania przedsionków u pacjenta hospitalizowanego przeciętnie przez pięć dób, koszt leczenia wyniósł ogółem 1182,62 zł. Rozkład poszczególnych pozycji kosztów przedstawia się następująco: koszty wykonanych procedur diagnostycznych -133,30 zł, badań laboratoryjnych - 96,50 zł, podanych leków - 331,42 zł oraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale kardiologicznym - 627,40 zł.

Porównanie obliczonych indywidualnych kosztów leczenia pacjentów ze stawkami oferowanymi za leczenie przez płatnika (NFZ) wycenionymi punktowo i wartościowo kształtuje się następująco (tabela 38).

Tabela 38. Indywidualne koszty leczenia pacjentów a stawki oferowane przez NFZ

Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Wartość (pkt)	Cena za pkt (zł)	Wartość (zł)	Koszt rzeczywisty (zł)	Różnica (zł)	Różnica względna (koszt rzeczywisty= 100%)
		1	2	3=1x2	4	5=4-3	6=3/4x100%-100%
5.06.00.0001037	Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra	920	12,00	11 040,00	12 827,79	1787,79	-13,94%
5.06.00.0000961	Zaburzenia rytmu i/ lub przewodzenia - leczenie	80	12,00	960,00	1 188,62	228,62	-19,23%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Zestawienie to pokazuje, że koszt leczenia pacjenta, zarówno w przypadku zastosowania procedury operacyjnej, jaką jest endoprotezoplastyka bezcementowa stawu biodrowego, stosowanej w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego (koksartrozy) jak i w przypadku leczenia zapobiegawczego w rozpoznaniu migotania przedsionków przekracza stawkę

oferowaną przez NFZ. W pierwszym przypadku różnica pomiędzy rzeczywistym kosztem usługi medycznej a stawką oferowaną przez NFZ wynosi 1 787,79 zł, tj. o 13,94% mniej w stosunku do wielkości refundowanej, a w drugim 228,62 zł, tj. o 19,23%. Wynika więc z tego, że wyceny oferowane przez NFZ są niedoszacowane. Sytuacja taka może powodować nie przyjmowanie pacjentów, których koszty leczenia znacznie przekraczają stawkę przewidzianą przez NFZ. Stanowić to może także próbę wymuszania na świadczeniodawcach udzielania zwiększonej liczby świadczeń zdrowotnych z powodu zaniżonych wycen procedur.

Opinię tą potwierdza także wiele badań prowadzonych w tym kierunku²⁷². Jako przykład można przedstawić analizy kosztów wybranych zabiegów urologicznych²⁷³, wykonywanych rutynowo w oddziale urologii, przeprowadzone przez niezależną firmę konsultingową BIG-Centrum z Ostródy. Badania te były prowadzone w Klinice Urologii CMK-Oddziale Urologii Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w roku 2006 oraz w Oddziale Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. dr Bizuela w Bydgoszczy w roku 2007. Do analizy wykorzystano materiał badawczy zgromadzony w czasie obserwacji procedur, dokonanej przez ekspertów z BIG-Centrum oraz dokumentację medyczno-finansową udostępnioną przez działy finansowe obydwu szpitali.

W obu oddziałach analizą objęto następujące zabiegi:

- 1) przezcewkowej elektroresekcji gruczołka stercza (TURP),
- 2) przezcewkowej elektroresekcji guza pęcherza moczowego (TURBT),
- 3) przezskórnego kruszenia lub usuwanie złogów z nerki (PCNL),
- 4) litotrypsji ureterorenoskopowej (URSL),
- 5) nefrektomii otwartej,
- 6) nefrektomii laparoskopowej,
- 7) cystektomii radykalnej,
- 8) prostatektomii radykalnej załonowej otwartej oraz
- 9) prostatektomii radykalnej laparoskopowej.

Efektem przeprowadzonych badań było porównanie kosztów globalnych, analizowanych zabiegów z wielkościami refundacji tych kosztów przez NFZ (tabela 39).

²⁷² Porównania indywidualnych kosztów leczenia szpitalnego ze stawką refundowaną przez NFZ można znaleźć m.in. w opracowaniach: A. Borówka, A.A. Antoniewicz, P. Jarzowski, *Analiza kosztów rzeczywistych wybranych procedur urologicznych i wielkości refundacji tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, „Przegląd Urologiczny” 2007/8/3 (43) oraz <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1248>; S. Jabłoński, M. Brocki, J. Rysz, J. Kordiak, P. Klejszmit, A. Terlecki, M. Niemirowicz, M. Rebek, *Porównanie indywidualnych kosztów leczenia szpitalnego kamicy pęcherzyka żółciowego z zastosowaniem cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej*, http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/zdrowie_rodziny/tom2/jablonski.pdf.

²⁷³ Szczegółowe wyniki przeprowadzonych badań zostały zaprezentowane w: A. Borówka, A.A. Antoniewicz, P. Jarzowski, *Analiza kosztów rzeczywistych...*, op. cit.

Tabela 39. Porównanie rzeczywistych kosztów zabiegów urologicznych do wielkości ich refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Rodzaj zabiegu	Koszt rzeczywisty (zł)	Wielkość refundacji NFZ (zł)	Różnica (zł)	Różnica względna (koszt rzeczywisty = 100%)
	1	2	3=1-2	4
Przeciekowa elektroresekcja gruczołka stercza (TURP):				
• Szpital w Międzylesiu,	3 176,00	2 420,00	756,00	-23,80%
• Szpital w Bydgoszczy	2 850,00	2 200,00	650,00	-22,8%
Przeciekowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT):				
• Szpital w Międzylesiu,	2 837,00	2 200,00	637,00	-22,4%
• Szpital w Bydgoszczy	2 112,00	2 000,00	112,00	-5,3%
Przezskórne kruszenie lub usuwanie złożeń z nerki (PCNL):				
• Szpital w Międzylesiu	4 570,00	4 950,00	(380,00)	+8,3%
Litotrypsja ureterorenoskopowa (URSL):				
• Szpital w Międzylesiu	3 916,00	3 520,00	396,00	- 10,1%
Nefrektomia otwarta prosta (NOP):				
• Szpital w Międzylesiu	9 163,00	3 080,00	6 083,00	-66,4%
Nefrektomia radykalna (NOR):				
• Szpital w Międzylesiu	9 163,00	4 235,00	4 928,00	-53,8%
Nefrektomia laparoskopowa (NL):				
• Szpital w Bydgoszczy	5 530,00	6 500,00	(970,00)	+17,5%
Cystektomia radykalna: typu Bricker (CRBricker):				
• Szpital w Międzylesiu	10 912,00	9 350,00	1 562,00	-14,3%
+ kontynentne odprowadzenie moczu (CR kont):				
• Szpital w Międzylesiu	10 929,00	13 200,00	(2 271,00)	+20,8%
Prostatektomia radykalna załonowa otwarta (PRO):				
• Szpital w Międzylesiu	9 606,00	5 500,00	4 106,00	-42,7%
Prostatektomia radykalna laparoskopowa (PRL)				
• Szpital w Bydgoszczy	8 026,00	6 500,00	1 526,00	-19,0%

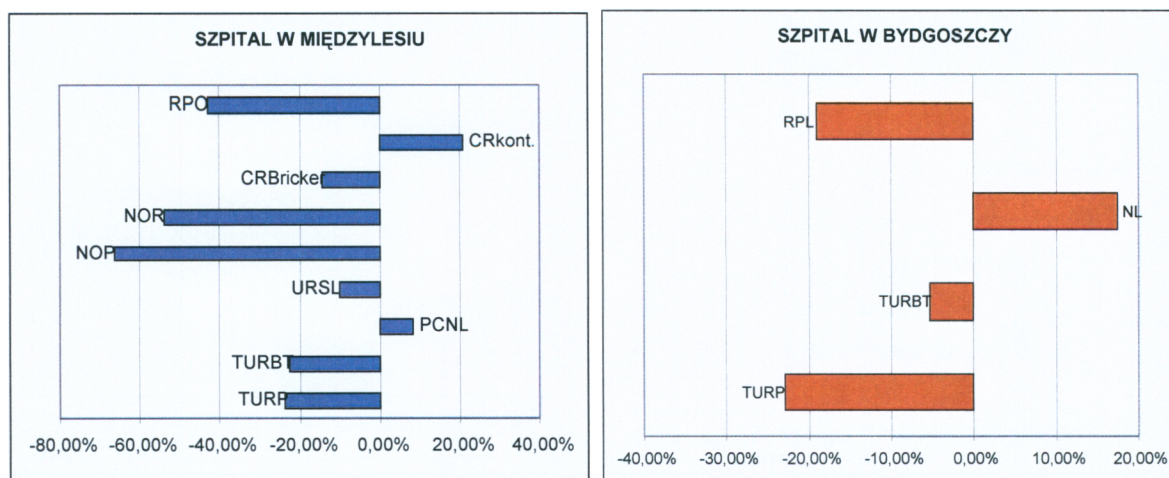
Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Borówka, A.A. Antoniewicz, P. Jarzowski, *Analiza kosztów rzeczywistych wybranych procedur urologicznych i wielkości refundacji tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, „Przegląd Urologiczny” 2007/8/3 (43) oraz <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1248>.

Również i w tym przypadku można zauważyć, iż większość wycenianych procedur jest niedoszacowanych a tylko trzy z nich można uznać za wycenione rzetelnie. Różnice względne

kosztów rzeczywistych wybranych zabiegów urologicznych i stawek NFZ za te zabiegi przedstawia rysunek 34.

W celu uzyskania jak najdokładniejszych danych do porównania kosztu leczenia pacjenta z ceną oferowaną przez NFZ, która jest iloczynem ilości punktów przypisanych danej usłudze medycznej i stawki za punkt, należałoby wyliczyć wszystkie przypadki chorobowe z danej grupy, leczone w danym okresie, ze względu na wiele zmiennych determinujących daną jednostkę chorobową, tj. wiek, płeć, choroby towarzyszące, powikłania, specjalne procedury medyczne itp. Tak, więc najpierw należy dokonać podziału pacjentów na poszczególne kategorie diagnostyczne na podstawie rozpoznania choroby podstawowej wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-10CM, ustalić indywidualny koszt leczenia każdego z nich, a następnie uśrednić koszt danej jednostki chorobowej i porównać go z ceną oferowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rysunek 34. Różnice względne kosztów rzeczywistych wybranych zabiegów urologicznych i stawek NFZ*



* Wyjaśnienie symboli zawartych na rysunkach znajduje się w tabeli 39.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Borówka, A.A. Antoniewicz, P. Jarzemski, *Analiza kosztów rzeczywistych wybranych procedur urologicznych i wielkości refundacji tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, „Przegląd Urologiczny” 2007/8/3 (43) oraz <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1248>.

Celem ostatecznym podejmowanych działań powinna być wycena procesów leczenia pacjentów z określonym problemem zdrowotnym, co jest procesem składającym się z wielu etapów, z których część może wystąpić z częstotliwością zależną od stanu danego pacjenta. Natomiast dla zbiorowości osób leczonych z danym rozpoznaniem konieczny jest dobrze określony rozkład występowania cząstkowych usług medycznych, tak by można było doprowadzić do realizacji koncepcji rozliczeń na podstawie wycen prospektywnych, a w

konsekwencji do ustalania przyszłych wartości świadczeń gwarantowanych.

Obecnie nową propozycją kontraktowania świadczeń medycznych przez NFZ jest koncepcja wzorowana na brytyjskim systemie tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP). Przesłanki jej wdrożenia w Polsce wynikają z wad obecnego systemu, do których można zaliczyć:

- brak skutecznej metody zarządzania katalogiem świadczeń szpitalnych,
- narastające odchodzenie od pierwotnych założeń (np. nadużywanie sumowania wartości świadczeń, tendencja rozdrobnienia i rozbudowy katalogu itp.),
- brak związku z obowiązującymi klasyfikacjami (np. ICD-9CM, ICD-10CM),
- uzgodnieniowy tryb wyceny pozycji w katalogu (m.in. brak kosztowych podstaw wyceny),
- nieefektywne rozliczanie, powodujące bardzo wysokie wskaźniki nadużyć, wymagające ustawicznej kontroli dokumentacji,
- komplikacja obecnego systemu wynikająca ze wzrostu kosztów operacyjnych.

Podstawą eliminacji tych problemów ma być zmiana systemu finansowania szpitali bazująca na systemie JGP, który:

- oparty jest na zweryfikowanych podstawach teoretycznych,
- został sprawdzony w wielu krajach Europy²⁷⁴ oraz w Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii,
- jest elastyczny i ma możliwość dostosowania do różnych kwalifikatorów czy metod finansowania oraz
- jest kompatybilny z rachunkiem kosztów, w którym pacjent jest nośnikiem kosztów.

System ten powstał w Stanach Zjednoczonych i był odpowiedzią na stale rosnące koszty wykonywania usług szpitalnych. Polega on na finansowaniu świadczeniodawców na podstawie zryczałtowanych stawek za leczenie każdego pacjenta, na podstawie przypisania jego przypadku do jednej z grup powiązanych diagnostycznie (*Diagnostically Related Groups* – DRG). Istotne są przy tym dwie cechy tego systemu. Pierwsza z nich to obliczanie wynagrodzenia świadczeniodawcy jako iloczynu stawki za leczenie, wagi ustalonej poprzez przypisanie pacjenta do jednej z grup DRG oraz liczby leczonych pacjentów. W okresie przejściowym stawka za leczenie może zostać ustalona częściowo na podstawie historycznych kosztów świadczeniodawcy. Ostatecznie jednak jej wartość ustala się w

²⁷⁴ W tym w: Niemczech, Szwecji, Finlandii, Wielkiej Brytanii, Portugalii, Irlandii, Francji, Włoszech, Austrii oraz Norwegii.

jednolitej wysokości dla całego kraju. Waga wynikająca z przynależności leczonego przypadku do konkretnej grupy diagnostycznej jest określana na podstawie relacji między kosztami leczenia różnych schorzeń. Przypisanie wagi do grupy diagnostycznej odbywa się najczęściej drogą uśredniania kosztów leczenia z wielu zakładów opieki zdrowotnej, które są kalkulowane w fazie poprzedzającej wdrożenie tego mechanizmu finansowania.

Drugą istotną cechą DRG jest klasyfikacja pacjentów według grup diagnostycznych, determinująca wagi kosztowe. Klasyfikacja ta jest dwupoziomowa i obejmuje główne grupy diagnostyczne na pierwszym poziomie, w liczbie kilkunastu lub więcej²⁷⁵, które są podzielone na kilka podkategorii, będących właściwymi grupami powiązanymi diagnostycznie²⁷⁶. Klasyfikacja powinna odzwierciedlać różnice w zużyciu zasobów wykorzystywanych do świadczenia usług medycznych. Przy jej konstrukcji konieczne jest również zapewnienie jednorodności klinicznej w ramach jednej grupy. Dlatego też przyjęcie systemu DRG wymaga opracowania standardów medyczno-ekonomicznych, uwzględniających zarówno aspekt kosztowy, jak i medyczny. W klasyfikacji tej wykorzystuje się kilka informacji na temat²⁷⁷:

- diagnozy (główne rozpoznanie chorobowe),
- przebiegu leczenia (zastosowane procedury medyczne),
- powikłań, chorób współtowarzyszących,
- dodatkowych cech demograficznych wpływających na przebieg leczenia (płeć, wiek, waga urodzeniowa u noworodków).

Klasyfikacja według jednorodnych grup pacjentów spełnia trzy podstawowe funkcje:

1. Stanowi narzędzie płatnicze, wspomagające alokację środków finansowych i kontrolę kosztów systemu opieki zdrowotnej (jest to najważniejszy cel wdrożenia systemu JGP);
2. Wskazuje właściwy nośnik kosztów w rachunku kosztów zakładów opieki zdrowotnej, jakim jest pacjent lub cała grupa powiązana diagnostycznie;
3. Wymusza stworzenie standardów medyczno-ekonomicznych, pozwalających nie tylko na wycenę kosztów leczenia, ale również na kontrolę jakości w jednostkach opieki zdrowotnej.

Ponadto system JGP może stanowić podstawę do negocjacji cen przez szpitale dla

²⁷⁵ Na przykład w systemie niemieckim jest to 19 grup, a w duńskim 25. Patrz: *Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren*, Version 2006. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2005. J. Arsen, U.S. Skjoldborg, *Comparing systems for costing hospital treatments. The case of stable angina pectoris*, „Health Policy”, 67/2004, s. 293-307.

²⁷⁶ P. Mućko, *System płatności wykorzystując jednorodne grupy pacjentów (DRG)*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005, s. 204-205.

²⁷⁷ J. Grabowski, A. Kozierekiewicz, F. Gajek, *Polski system jednorodnych grup pacjentów*, „Służba zdrowia”, Nr 80-81 (3075-3076), 18-22 października 2001.

różnych płatników, a organom założycielskim pozwala na badanie produktywności zasobami, jako relacji między zużywanymi zasobami a ilością leczonych pacjentów.

Ponieważ klasyfikacje tworzone w oparciu o grupy powiązane diagnostyczne funkcjonują od ponad 20 lat można wyróżnić ich zalety, jak i wady, których ograniczanie realizuje się poprzez zastosowanie odpowiednich mechanizmów kontrolnych.

Cechy mechanizmu finansowania usług medycznych wykorzystujących DRG przedstawiono w tabeli 40.

Ostateczna ocena systemu finansowania usług medycznych wykorzystującego jednorodne grupy pacjentów jest pozytywna, o czym świadczy rosnąca liczba krajów stosujących ten system. Przed ewentualnym jego wdrożeniem należy jednak pamiętać, że istnieje ryzyko finansowe nie pokrycia kosztów przychodami szpitala. Zwiększenie produktywności i kontrola kosztów tych jednostek jest osiągnięta poprzez finansowanie kosztów uśrednionych w skali całego kraju (lub regionu). Jednostki charakteryzujące się niższymi kosztami osiągają zyski, a jednostki o wyższych kosztach od przeciętnych – straty²⁷⁸.

Tabela 40. Zalety i wady mechanizmu finansowania usług medycznych opartego na DRG

Zalety DRG	Wady DRG
• skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi, • ograniczenie wzrostu kosztów lub nawet ich spadek, • wzrost efektywności (produktywności) wyrażający się skróceniem pobytu w szpitalu, • premiowanie szpitali z niższymi kosztami przeciętnymi, co ogranicza wykorzystywanie siły monopolistycznej świadczeniodawców, • duża przejrzystość mechanizmu finansowania usług medycznych, która umożliwia planowanie i kontrolę kosztów w ramach poszczególnych jednostek, • zapewnianie właściwego odzwierciedlenia zużycia zasobów określonych usług medycznych.	• występowanie zjawiska przedwczesnych wypisów ze szpitala, wynikającego z nacisku systemu na zwiększanie produktywności, • potencjalna koncentracja na pacjentach z mniejszą liczbą komplikacji (nie została potwierdzona w niektórych krajach), • zjawisko postępującego w czasie pogorszenia wiarygodności kodowania przypadków, a w szczególności celowego przesuwania wypisanych pacjentów do droższych grup diagnostycznych (w wielu krajach nie stwierdzono występowania tego zjawiska), • w dłuższym okresie pierwotna konkurencja pomiędzy jednostkami, konieczna dla osiągnięcia celów wdrożenia systemu, zostaje zastąpiona przez kooperację między szpitalami, powodując m.in. wzrost kosztów, • koncentracja na kontroli kosztów przesuwu na dalszy plan inne istotne cele opieki zdrowotnej tj. sprawiedliwość i równość w dostępie do świadczeń, • decydowanie szpitali o ilości wykonywanych usług, co powoduje ograniczenie kontroli kosztów, • skłanianie szpitali do zwiększania ilości hospitalizowanych pacjentów, • możliwe przypadki subsydiowania skrośnego, szczególnie w przypadku klinicznych usług

²⁷⁸ P. Mućko, *System płatności...*, op. cit., s. 207-209.

	podstawowych usługami wysoko specjalistycznymi, w świadczeniu których szpitale są monopolistami, • negatywna selekcja skomplikowanych przypadków i podwyższone ryzyko dla szpitali klinicznych, wynikające z wykonywania świadczeń specjalistycznych obarczonych większą zmiennością kosztów, a przez to większym ryzykiem finansowym.
--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. Mikkola, I. Keskimäki, U. Hakkinen, *DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?*, „Health Policy”, 59/2001 s. 37-51, 101-103.

W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza wdrożyć nowy system rozliczeń od lipca 2008. Proces tworzenia polskiego JGP był przedmiotem konsultacji w środowisku konsultantów krajowych w okresie od września 2007 do maja 2008 roku. Publikację projektu zarządzenia szpitalnego²⁷⁹ poprzedziło 51 spotkań z 34 konsultantami krajowymi.

Zgodnie z zapowiedzią NFZ średnia wartość punktu rozliczeniowego w nowym systemie ma wynosić 48,00 zł i ma być on wprowadzony „międko”. Oznacza to, że przez pierwsze trzy miesiące jego obowiązywania szpitale będą sprawozdawały leczenie pacjentów wg jednorodnych grup pacjentów, jednak w przypadku kłopotów z kodowaniem będą miały możliwość zastosowania tzw. uproszczonej sprawozdawczości i otrzymania środków finansowych w wysokości jednej dwunastej rocznego kontraktu. Okres przejściowy ma zapewnić stały przepływ środków przepływów pomiędzy szpitalami a NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia, przygotował system JGP w oparciu o posiadaną bazę danych z realizacji świadczeń i wydatkach w latach 2006 – 2007. Grupy świadczeń zostały zweryfikowane na podstawie dyskusji klinicznej z dostosowaniem do polskich warunków. Wartości dotychczasowych świadczeń katalogowych zostały przypisane do odpowiednich grup i następnie zważone liczbą świadczeń z uwzględnieniem częstości wystąpień w poszczególnych dziedzinach medycyny. Uwzględniono także wartość świadczeń współwystępujących a nie wpływających na liczbę zdarzeń oraz konieczność intensywnej terapii. Poza grupami świadczeń, określonymi w katalogu grup znalazły się świadczenia, których nie można było zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury (np. padaczka lekooporna, gruźlica wielolekooporna, kwalifikacja do przeszczepu nerki), rozliczane jako samodzielne świadczenia, które zostały umieszczone w odrębnym katalogu świadczeń. Dodatkowo wyodrębniono świadczenia, których nie można było przypisać do właściwych

²⁷⁹ Projekt zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 maja 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne dostępny jest na stronie: <http://www.nfz.gov.pl>.

grup (np. żywienie, preparaty krwi, przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie) z możliwością łączenia ich z innymi świadczeniami albo grupami.

Podstawowy katalog grup, opracowany przez NFZ zostały przedstawione w załączniku 5.

Uzyskano w ten sposób katalog grup, których treść wypełniona została odpowiednimi świadczeniami wraz z ich liczbą, częstością wystąpień oraz wartością, a w wyniku średnie ważone wartości poszczególnych grup. Następnie wartości grup porównano z taryfami brytyjskiego systemu oraz z innymi grupami w całej sekcji i z odpowiednimi grupami w innych sekcjach, a także dokonano porównania wartości grup pediatrycznych z grupami dla dorosłych. W efekcie prowadzonych działań powstał katalog procedur szpitalnych kontraktowanych przez NFZ, zawierający około 450 pozycji. O tym, do jakiej grupy zostanie zakwalifikowana dana procedura medyczna decydują m.in. wskazania kliniczne, postępowanie lecznicze czy zużycie materiałów przy wykonywaniu danego świadczenia.

Wykaz sekcji (zbiorów grup anatomiczno-fizjologicznych) zgodnych z ich związkiem z danym obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny przedstawia tabela 41.

Tabela 41. Wykaz sekcji zawartych w katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP)

Oznaczenie sekcji	Nazwa sekcji	Liczba grup
A	Choroby układu nerwowego	38
B	Choroby oczu	28
C	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	26
D	Choroby układu oddechowego	26
E	Choroby serca	55
F	Choroby przewodu pokarmowego	38
G	Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	23
H	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	45
J	Choroby piersi, skóry i oparzenia	29
K	Choroby układu dokrewnego	26
L	Choroby układu moczowo-płciowego	39
M	Choroby żeńskiego układu rozrodczego	19
N	Położnictwo i opieka nad noworodkami	21
P	Choroby dziecięce	25
Q	Choroby naczyń	20
S	Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	14
V	Urazy wielonarządowe	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów informacyjnych dotyczących zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w roku 2008, www.nfz.gov.pl.

Pilotaż systemu rozliczeniowego JGP przeprowadzony w 43 szpitalach na terenie całego kraju wykazał, że prawdopodobny wynik finansowy szpitali po wprowadzeniu JGP będzie o

około 12 procent wyższy niż gdyby rozliczono świadczenia wg dotychczasowego katalogu. Największe kłopoty, jakie mogą towarzyszyć zmianie systemu rozliczeń, to błędy w kodowaniu uniemożliwiające przyporządkowanie hospitalizacji do grupy oraz niewydolność infrastruktury informatycznej. Ponadto 1,1 mln euro z Europejskiego Funduszu Społecznego zostanie przeznaczone na materiały szkoleniowe oraz szkolenie (w okresie od 2008 do 2010 roku) 1300 pracowników szpitali oraz 200 pracowników NFZ w zakresie rozliczeń wg jednorodnych grup pacjentów.

Zapowiedź wprowadzenia w Polsce systemu rozliczeń świadczeń medycznych opartego na jednorodnych grupach pacjentów wywołuje jednak wiele kontrowersji.

Przede wszystkim odpowiednie rozporządzenia w tej sprawie znajdują się w fazie projektu, a jedynymi materiałami, informacyjnymi są dokumenty szkoleniowe przedstawione na stronach internetowych NFZ. Wszystkie inne dokumenty, tj. słowniki, procedury itp. nie posiadają wersji ostatecznych i nadal podlegają modyfikacjom.

Istotnym problemem jest także brak odpowiednich narzędzi informatycznych umożliwiających gromadzenie, przetwarzanie i przepływ informacji.

Warto także nadmienić, że Brytyjczycy przejmując system jednorodnych grup pacjentów od Amerykanów, poświęcili 8 lat na liczenie kosztów i modyfikacje, za nim zdecydowali się go wdrożyć. W Polsce natomiast zaledwie przez 4 miesiące przetłumaczono procedury, które są już kontraktowane przez NFZ.

Wynika więc z tego, że idea opracowanego systemu jest jak najbardziej słusza, gdyż opiera się na jednolitym pod względem kosztowym grupowaniu świadczeń medycznych. Przygotowaną go jednak w pośpiechu, bez rzetelnej wyceny usług medycznych. Problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest bowiem to, że proponowane rozwiązania nie powodują skutków finansowych albo ich symulacja jest nierealna. Kluczem do osiągnięcia sukcesu może być powołanie, np. agencji ds. taryfikacji, która profesjonalnie zajęłaby się liczeniem kosztów usług medycznych oraz oddzielenie oceny efektywności klinicznej i ekonomicznej od taryfikacji. Pozwoli to na rzeczywiste ustalenie kosztów i oddzielenie dwóch odrębnych zadań, jakimi są opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz wycena procedur medycznych. Dopiero zebrane w ten sposób informacje kosztowe pozwoliłyby na zmianę systemu kontraktowania usług medycznych.

Podsumowując prowadzone rozważania można stwierdzić, że system opieki zdrowotnej w Polsce wymaga wprowadzenia wielu istotnych zmian. Do pożądanых zadań w tym zakresie można obecnie zaliczyć:

1. *Opracowanie standardów postępowania medycznego, określających właściwe formy*

opieki zdrowotnej stosowanej w konkretnych uwarunkowaniach medycznych, których celem jest efektywne funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej.

Standard postępowania medycznego to najlepsze postępowanie w danym schorzeniu, lepsze od wszystkich innych ze względu na lokalne wartości – normatywy. Prawdłowo skonstruowane standardy postępowania medycznego mają wpływ na wprowadzenie nowych, efektywniejszych metod leczenia z równoczesnym eliminowaniem metod nieskutecznych lub szkodliwych. Standardy te ułatwiają dokonanie przez lekarzy oceny przydatności procedury pod względem medycznym, epidemiologicznym czy ekonomicznym.

Powinny one zostać opracowane przez niezależne instytucje organizujące proces leczenia i profesjonalnie zajmujące się opracowywaniem metod postępowania. Instytucje takie nie powinny reprezentować płatników, świadczeniodawców, grupy specjalistów czy pacjentów.

2. *Zmianę rozporządzenia dotyczącego rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej, która umożliwiłaby realne określenie kosztów procedur medycznych i ich porównanie.*

Prace na opracowaniem nowych zasad rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej zostały rozpoczęte przez Ministerstwo Zdrowia, które przygotowało ankietę²⁸⁰, dotyczącą szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wzór tej ankiety stanowi załącznik 6 do niniejszego opracowania (wraz z ankietą, szpitale zostały zobligowane do przekazania stosowanego wykazu kont analitycznych kosztów rodzajowych (zespół 4), szczegółowego planu kont zakładu wraz z analityką oraz wykazu miejsc powstawania kosztów).

Stworzenie systemu szacowania i oceny kosztów wytworzenia poszczególnych usług medycznych powinno pozwolić na właściwe ustalenie ich cen, stanowiących podstawę kontraktowania świadczeń przez płatnika. W razie rozbieżności pomiędzy obliczonymi kosztami a możliwymi do pokrycia stawkami, niezbędne wydaje się wprowadzenie jawnego i transparentnego systemu współpłacenia za świadczone usługi medyczne.

3. *Opracowanie koszyka świadczeń zdrowotnych, opartego na koncepcji EBM (Medycyna oparta na dowodach naukowych – Evidence Based Medicine) i dostarczanie świadczeń o potwierdzonej skuteczności i efektywności kosztowej.*

W dniu 5 czerwca 2008 został przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia projekt

²⁸⁰ Obecnie ankietę została przekazana jedynie szpitalom klinicznym, nadzorowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Należy mieć nadzieję, iż zostanie ona przekazana także innym zakładom opieki zdrowotnej w celu zebranie danych kosztowych.

koszyka świadczeń zdrowotnych. Jego wprowadzenie ma być kolejnym etapem reformy ukierunkowanym na wzmocnienie realizacji konstytucyjnego prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Koszyk ów został oparty na czytelnych kryteriach kwalifikowania świadczeń do grup świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych, do których można zaliczyć:

- wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa,
- skutki następstw choroby lub stanu zdrowia,
- znaczenie dla zdrowia społeczeństwa,
- skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo,
- poziom efektywności kosztów lub użyteczności,
- skutki finansowe dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Jest on narzędziem, które pozwoli wprowadzać do grupy świadczeń gwarantowanych kolejne procedury i technologie, znając faktyczne skutki finansowe tego działania. Wprowadzenie go ma realnie skrócić czas oczekiwania na świadczenia medyczne, a dzięki możliwości precyzyjnego zarządzania środkami zgromadzonymi w systemie zwiększyć finansowanie w tych miejscach, gdzie czas oczekiwania jest najdłuższy.

W celu wdrożenia tych zmian w życie niezbędny jest rozwój systemów informatycznych w opiece zdrowotnej o funkcjonalności integrującej informacyjnie poszczególne zakłady. Jak w inny sposób, niż właśnie za pomocą oprogramowania, analizować dokumentację medyczną według wybranego kryterium, kontrolować koszty w wybranym ujęciu czy prowadzić statystykę przyjęć pacjentów lub realizacji świadczeń? Jak dobrze organizować pracę i kontrolować skuteczność wprowadzanych procedur, nie dysponując informacją zwrotną? Z całą pewnością można stwierdzić, że bez dobrego narzędzia informatycznego nie jest to możliwe.

Wszelkie prowadzone prace nad skutecznością realizacji jakichkolwiek procesów medycznych muszą być odpowiednio powiązane z rzetelną wyceną kosztów tych procesów.

Konkludując powyższe rozważania można zatem stwierdzić, iż analiza porównawcza rzeczywistych kosztów wybranych usług medycznych z faktyczną wysokością ich refundacji dokonywaną przez NFZ wykazuje znaczne rozbieżności. Świadczy to o tym, że większość procedur medycznych wycenianych przez NFZ jest niedoszacowana, co wynika głównie z braku posiadania przez niego rzetelnej i wiarygodnej informacji kosztowej, uzyskiwanej od zakładów opieki zdrowotnej, stanowiącej podstawę tej wyceny.

PODSUMOWANIE

W Polsce, w zarządzaniu ochroną zdrowia cena jest stosunkowo nową kategorią. Wynikać to może z częstego a zarazem błędnego przekonania o całkowitej bezpłatności usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Tymczasem cena jest nierozłącznym elementem kompozycji marketingowej również tych jednostek i analogicznie jak pozostałe umożliwia realizację ich celów, choć samo kształtowanie cen w jednostkach opieki zdrowotnej może znacząco odbiegać od strategii cenowych innych podmiotów gospodarczych. Widoczne jest to szczególnie w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w których podstawowymi determinantami strategii cenowych stają się: wyznaczone cele, ekonomiczno-finansowe warunki prowadzenia działalności, źródła i stabilność zasilania kapitałowego oraz społeczna ranga zaspokajania potrzeb. Ostatecznie jednak cena w zakładach opieki zdrowotnej, tak jak i w innych jednostkach działających na rynku, powinna być narzędziem kalkulacji ekonomicznej i kryterium oceny efektywności ich działania oraz miernikiem oceny jakości dostarczanych świadczeń.

Zawarte w rozprawie doktorskiej rozważania, których celem była *próba ukazania roli informacji kosztowej w procesie ustalania cen usług medycznych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego oraz zaproponowanie metodologii wyceny świadczeń zdrowotnych* posłużyły do weryfikacji trafności postawionych we wstępie pracy tezy głównej i tez szczegółowych.

Pierwsza, szczegółowa teza pracy wskazująca na *zależność cen usług medycznych od jakości informacji kosztowej wykorzystywanej w procesie ich tworzenia oraz przyjętej polityki cenowej* została zweryfikowana pozytywnie. Z przeprowadzonych badań wynika, że ze względu na swój wyjątkowy charakter, którego przedmiotem jest zdrowie i życie człowieka, usługi medyczne należą do specyficznych produktów na rynku. Usługę medyczną można określić jako formę oddziaływania na pacjenta w sposób umożliwiający zaspokajanie jego normatywnych potrzeb zdrowotnych. Wśród jej specyficznych cech wymienia się m.in.: ograniczony wpływ pacjenta na pojawienie się u niego potrzeb zdrowotnych, jego niewiedzę na temat własnych potrzeb diagnostycznych czy terapeutycznych oraz subiektywizm w ich definiowaniu, niski stopień niematerialności, łączność procesu świadczenia i konsumpcji usługi, często procesualny charakter świadczenia, znaczny stopień pracochłonności i wymagań wysokich kwalifikacji medycznych, wysoki poziom zróżnicowania usług, stopnia kontroli procesu ich świadczenia oraz niepewności i ryzyka, dotyczący zarówno czasu

wystąpienia i trwania schorzenia, jak i skali złożoności procesu chorobowego oraz skutków leczenia.

Ustalanie cen usług medycznych nie jest zadaniem łatwym i wymaga znajomości rodzajów dostarczanych usług medycznych, stopnia ich rzadkości czy też możliwości standaryzacji. Niezbędne dla tego procesu są także informacje o kosztach rzeczywistych działalności zakładów opieki zdrowotnej i kosztach realizowanych przez nie usług medycznych, a także czynnikach kształtujących te koszty. Istotnym jest także poznanie struktury kosztów i ich reakcji na zmiany wielkości świadczonych usług. Ważnym jest również określenie, jakie koszty powinny stanowić konstrukcję nośną cen usług medycznych. Czy będą to:

- koszty faktyczne bieżącego okresu, czy też planowane?
- koszty zależne od jednostki, czy średnie koszty określonych usług na rynku?
- koszty stałe czy zmienne?

Warto również dodać, iż dla potrzeb podejmowania decyzji cenowych ważna jest znajomość kosztów przyszłych i bieżących. Wiąże się to z potrzebą antycypowania tych elementów struktury kosztów, których zmiany są bardziej prawdopodobne w przyszłości. Będzie to sprzyjać prognozowaniu kosztów i efektów zakładu i ich struktury, a także przewidywaniu przychodów.

Zweryfikowana została także trafność drugiej tezy szczegółowej odnoszącej się do stwierdzenia, iż *podstawową przyczyną nie dokonywania wyceny świadczonych usług przez zakłady opieki zdrowotnej jest brak zainteresowania informacjami o rzeczywistych kosztach usług medycznych ze strony płatnika i nie uwzględniania ich w procesie kontraktowania.*

Jak wynika z wielu przeprowadzonych badań²⁸¹, głównym źródłem przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są przychody z zawieranych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego kontraktów, stanowiąc średnio około 80% wartości całkowitych przychodów szpitali. Podstawą prawną zawierania kontraktów przez NFZ jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).

²⁸¹ Raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce” – Zielona Księga, Zespół ds. przygotowania raportu pod przewodnictwem prof. S. Golinowskiej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.

Wprowadzenie zasady finansowania usług medycznych, opartej na zawieraniu kontraktów przez płatników instytucjonalnych, wymaga konieczność posiadania przez zakłady opieki zdrowotnej umiejętności dokładnego wyliczenia kosztu leczenia danej jednostki chorobowej czy konkretnego pacjenta. Informacje te powinny stanowić podstawę ustalania cen usług kontraktowanych przez płatników, przewidywania skutków finansowych zawartych kontraktów, jak również służyć do podejmowania trudnych, lecz w praktyce nieuniknionych decyzji restrukturyzacyjnych. Wycena kosztów świadczeń zdrowotnych stanowić powinna także podstawę decyzji podejmowanych przez administracje centralne każdego kraju, w którym ochrona zdrowia znajduje się na poziomie akceptowanym, zarówno z punktu widzenia świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców, a także z punktu widzenia płatnika (np. NFZ).

Niestety, obecnie ważnym problemem szpitali w Polsce jest to, że ceny wynikające z kontraktów nie mają często związku z ponoszonymi przez szpital kosztami (co zostało udowodnione w czwartym rozdziale rozprawy doktorskiej). Fakt ten staje się powodem ujemnej rentowności usług świadczonych przez te podmioty. Podstawową przyczyną tych rozbieżności jest nieuwzględnianie informacji kosztowych dotyczących świadczonych usług medycznych w procesie negocjowania wartości kontraktów. Ponadto, wysiłek i zaangażowanie, jakie muszą wnieść zakłady opieki zdrowotnej w stworzenie systemu gromadzenia, przetwarzania i aktualizowania danych medyczno-finansowych nie przekłada się na wymierne efekty w sytuacji niewykorzystywania tych informacji w procesie negocjowania cen usług medycznych z płatnikiem.

Przeprowadzone badania dały również możliwość pozytywnej weryfikacji kolejnej, trzeciej szczegółowej tezy badawczej wskazującej na sytuację, w której *brak jest jednolitej i uniwersalnej metodologii wyceny usług medycznych, co wynika z niewłaściwie skonstruowanego i niesprawnie działającego rachunku kosztów w jednostkach opieki zdrowotnej*.

W Polsce podstawy prawne tworzenia informacji kosztowych dla zarządzania publicznymi placówkami ochrony zdrowia stanowią obecnie:

- 1) ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenie MZiOS w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).

Rosnąca rola informacji kosztowych znalazła odzwierciedlenie w modyfikacji zasad rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Były one związane ze zmianami organizacyjno-prawnymi tych jednostek i ich gospodarki finansowej. W ewolucji rachunku

kosztów tych zakładów można wyróżnić dwa okresy, którym towarzyszyły modyfikacje obowiązujących aktów prawnych:

- Etap I od 1993 do 1998 roku,
- Etap II od 1999 roku do obecnie.

Rozporządzenie MZiOS w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, nakłada obowiązek prowadzenia pełnego rachunku kosztów świadczeń medycznych, wycenionego na podstawie typowego, standardowego wykonania procedury medycznej. Pomimo prawie dziesięcioletniego okresu obowiązywania tego rozporządzenia do dziś nie powstał żaden mechanizm wymuszający na zakładach opieki zdrowotnej prowadzenie wyceny świadczonych usług, zgodnie z regulacjami tego aktu prawnego. Zarówno w badaniu przeprowadzonym przez Centrum Systemów Opieki Zdrowotnej w 2004 roku, jak i wielu badaniach i weryfikacjach sposobu prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej stwierdza się, że tylko nieliczne jednostki stosują w pełni regulacje zawarte w cytowanym rozporządzeniu. Obowiązek prowadzenia ewidencji księgowej zgodnej z Ustawą o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.) oraz aktami prawnymi wydanymi przez Ministerstwo Zdrowia, powoduje konieczność utrzymywania tzw. podwójnej księgowości. Dla celów sprawozdawczości finansowej wystarczająca jest ewidencja zgodna z ogólnie obowiązującym prawem bilansowym, natomiast do celów kalkulacji kosztów usług medycznych dane gromadzone w systemach finansowo-księgowych są niewystarczające i muszą ulec agregacji w innym układzie. Wymóg ten stanowi dla wielu zakładów opieki zdrowotnej istotny problem.

Kolejną barierą jest także trudność w interpretacji zapisów rozporządzenia, powodująca tworzenie własnych modyfikacji i koncepcji w stosowaniu opisanych tam zasad, co z kolei uniemożliwia porównywalność danych pomiędzy jednostkami.

Ponadto rachunek ten ma charakter retrospektywny i wymaga najpierw zgromadzenia niezbędnych informacji, zarówno o charakterze kosztowym, jak i statystycznym (dotyczących np. liczby zatrudnionych, liczby łóżek, oddziałów, realizowanych procedur) w odniesieniu do prowadzonej działalności medycznej i zachodzących w jednostce zdarzeń, mających wpływ na poziom kosztów. Dopiero zamknięcie okresu rozliczeniowego i odpowiednie przetworzenia zgromadzonych danych pozwoli na uzyskanie informacji kosztowych niezbędnych m.in. do wyceny świadczonych usług medycznych.

Funkcjonujący obecnie rachunek kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest też często krytykowany za to, że nie umożliwia zbadania zależności przyczynowo-skutkowych zachodzących między poziomem kosztów a rozmiarami działalności szpitala w

różnych aspektach. Poza tym wskazuje się na jego ograniczoną przydatność jako narzędzia zarządzania i kontroli działalności oraz wykorzystania do ustalania cen rozliczeniowych usług medycznych.

Rozważając kierunki przekształcenia obecnego rachunku kosztów w aktywny instrument zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, należy podkreślić, że zmiany modelowe w tym zakresie powinny być ukierunkowane na takie zagadnienia jak:

- powiązanie odpowiedzialności za poziom kosztów z ośrodkami kosztów,
- poszerzenie czasowego przekroju rachunku kosztów o płaszczyznę *ex ante*, co wiąże się z włączeniem w zakres rachunku kosztów elementów planowania, budżetowania, umożliwiających kontrolę i analizę ponoszonych kosztów,
- powiązanie tego rachunku z systemem informacji medycznych (efektami działalności określonych jednostek), co da podstawy do badania zależności przyczynowo-skutkowych między ponoszonymi kosztami i osiąganymi efektami, opracowanie standardów kosztowych świadczeń zdrowotnych,
- powiązanie rachunku kosztów z rachunkiem przychodów, co umożliwi ustalenie krótkookresowego wyniku finansowego w przekroju rodzajów działalności, grup świadczeń medycznych czy komórek organizacyjnych,
- integracja rachunku kosztów z systemem bodźców, co powinno sprzyjać racjonalizacji wykorzystania zasobów i poprawić efektywność gospodarowania zasobami.

Ostatnia z wymienionych tez szczegółowych, wskazująca, że *wprowadzenie dla wszystkich placówek opieki zdrowotnej jednolitej metody i sposobu przekazywania danych o kosztach świadczeń zdrowotnych, niezbędnych do przetwarzania i analiz statystycznych, pozwoli na prawidłową wycenę usług medycznych*, również została zweryfikowana pozytywnie.

Próby ustalania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a także kosztów rzeczywistych związanych z procesem leczenia pacjentów są od wielu lat podejmowane w naszym kraju. Dotychczasowe działania w tym zakresie ograniczały się jednak tylko do badań pilotażowych, prowadzonych na niewielkiej próbie zakładów opieki zdrowotnej, które zazwyczaj kończyły się wynikiem obciążonym dużym potencjałem błędu. Od dawna mówi się także o potrzebie policzenia kosztów wszystkich badań diagnostycznych, zabiegów, operacji, świadczeń rehabilitacyjnych itd.

Aby można było tego dokonać niezbędne jest zgromadzenie jak największej ilości informacji kosztowych, uzyskiwanych od zakładów opieki zdrowotnej. Rozporządzenie

MZiOŚ w sprawie ustalania kosztów w tych zakładach jest jednak na tyle ogólne, że uniemożliwia zbieranie i sprawdzenie danych między nimi. Nie można więc ich agregować i porównywać.

Rozwiązaniem tego problemu wydaje się być wprowadzenie jednolitej metody i sposobu przekazywania danych o kosztach świadczonych usług, pozwalających na dalsze ich przetwarzania i analizowanie. Wobec powyższego, aby rzeczywiście wyliczyć koszty usług medycznych i określić np. wartość pracy personelu medycznego, należy dokonać zmiany rozporządzenia dotyczącego prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej. Trzeba w tym celu stworzyć normatywną kartę, według której zostaną policzone koszty, a następnie w formie elektronicznej zebrać informacje kosztowe od wszystkich jednostek. Niezbędne jest, w tym celu, stworzenie i powołanie agencji ds. taryfikacji, która profesjonalnie zajęłaby się liczeniem kosztów usług medycznych oraz opracowanie projektu rozporządzenia w tej sprawie.

Z powyższych rozważań wynika, że nie ma obecnie możliwości (lub jest ona niewielka) pozyskania wiarygodnych i rzetelnych danych kosztowych dla podejmowania decyzji zarządczych, ograniczona jest też ewentualność przeprowadzenia analizy i oceny działalności zakładów opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania całego systemu. Ponadto zbyt duże zróżnicowanie stosowanych przez jednostki planów kont, kluczy rozliczeniowych, podziału kosztów rodzajowych na bezpośrednie i pośrednie znacznie ogranicza możliwość porównywania tych danych między zakładami.

Podsumowując zawarte w treści niniejszej pracy rozważania na temat znaczenia kosztów dla ustalania cen usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej, należy jeszcze raz wrócić do głównej tezy dysertacji wskazującej, że *prawidłowo ustalona cena usługi medycznej musi być oparta na rzetelnej i wiarygodnej informacji kosztowej, stanowiąc podstawę pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej niezbędnych środków finansowych, zapewniających wysoki poziom świadczonych usług akceptowany przez płatnika i uzasadniony stanem zdrowia pacjenta*. Ostatecznie teza ta znalazła także pełne potwierdzenie w wynikach przeprowadzonych badań.

W warunkach gospodarki rynkowej oraz wzrastającej konkurencji na rynku usług medycznych, informacja kosztowa odgrywa coraz większą rolę w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej. Informacje te stanowią obecnie istotny parametr decyzyjny dla każdego zakładu opieki zdrowotnej przy podejmowaniu zarówno decyzji krótkookresowych, jak i długookresowych (strategicznych), podczas planowania działalności, monitorowania realizacji działań, kontroli kosztów czy chociażby przy podejmowaniu działań zmierzających

do racjonalizacji funkcjonowania.

To, ile faktycznie kosztuje lub będzie kosztować jednostka usługi medycznej powinno wynikać przede wszystkim z informacji na temat ponoszonych kosztów i być punktem wyjścia przy podejmowaniu decyzji zarządczych w tych jednostkach.

Bez wątpienia każdy z zarządzających – niezależnie czy szpitala publicznego czy niepublicznego – potrzebuje informacji, które będą podstawą prowadzenia negocjacji, a następnie ustalenia właściwej, czyli gwarantującej odpowiedni poziom finansowania szpitala, ceny rozliczeniowej, głównie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Poza tym, np. dyrektor szpitala powinien dysponować odpowiednimi informacjami, umożliwiającymi mu dokonywanie oceny opłacalności świadczenia poszczególnych usług, a więc rentowności, co tym samym pozwala dokonać wyboru korzystnej, z punktu widzenia wyniku finansowego struktury asortymentowej oferowanych usług. Niewątpliwie obecnie, nie tylko w szpitalach niepublicznych, ale i w publicznych dokonywana być musi ocena ekonomicznych aspektów utrzymania gotowości do świadczenia różnorodnych usług. Niezbędne są także informacje pozwalające na dobór właściwego standardu technologicznego lub też dokonanie oceny wpływu zmian wielkości świadczonych usług na wynik finansowy oraz dokonanie oceny efektywności gospodarowania zasobami będącymi w dyspozycji szpitala lub jego poszczególnych oddziałów. Konieczne stało się także uwzględnianie, przy podejmowaniu decyzji o wycenie, jakości usług i na tej podstawie wprowadzanie lub wycofywanie usług z zakresu działalności szpitala. Podstawą wszystkich tych decyzji są koszty i rentowność świadczonych usług, a kluczową rolę odgrywa niewątpliwie ich rzeczywisty koszt jednostkowy. Prawidłowość i dokładność obliczenia kosztu jednostkowego i jego struktury zależy przede wszystkim od jakości i stopnia szczegółowości rachunku kosztów oraz zastosowania właściwej metody kalkulacji, uwzględniającej specyfikę działalności danej jednostki i jakości ewidencji.

Jak wynika, z powyższych rozważań, rola informacji kosztowej w podejmowaniu decyzji zarządczych zakładu opieki zdrowotnej, w tym szczególnie decyzji cenowych jest bardzo duża. Zachodzące zmiany, takie jak postęp w medycynie i postęp technologiczny, coraz większe wymagania pacjentów, dotyczące jakości opieki, a także wzrost konkurencyjnego otoczenia, powodują, że oczekiwania zarządzających tymi placówkami, co do informacji płynących z systemu rachunku kosztów są coraz większe. Muszą być to jednak informacje rzetelne, wiarygodne i rzeczywiste.

Niestety, obecnie większość szpitali nie posiada takich informacji lub są one niekompletne. Szacowanie kosztów jest z reguły prowadzone z różnym stopniem

dokładności, gdyż dokonywane jest przez zakłady opieki zdrowotnej na ich własne potrzeby i nie stanowi punktu odniesienia do ustalania cen. Punktem odniesienia są najczęściej ceny z lat ubiegłych i wnioski płynące z analizy wyników finansowych osiągniętych w minionych latach oraz informacje dotycząc konkurentów (dane dotyczące podpisanych kontraktów są jawne i można mieć do nich dostęp na stronie internetowej NFZ). Z punktu widzenia płatnika (np. NFZ), taką samą rolę odgrywa informacja z wykonania kontraktów w latach ubiegłych, wielkość środków finansowych przeznaczonych na rok bieżący oraz prognoza zapotrzebowania na usługi medyczne w danym roku.

Zaproponowana w pracy metodyka ustalania cen usług medycznych, opracowana przez Zespół ekspertów do spraw metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, wymaga rzetelnych i wiarygodnych informacji kosztowych, płynących z właściwie skonstruowanego i sprawnie działającego rachunku kosztów. Zakłada ona, że cena świadczenia opieki zdrowotnej ustalana jest na poziomie jego średniego kosztu własnego sprzedaży (jednostkowy koszt wytworzenia powiększony o narzut kosztów ogólnego zarządu). Metodyka ta ma charakter uniwersalny, otwarty i może być wykorzystana do wyceny różnych świadczeń, nie tylko zdefiniowanych w CBSOZ. Jednak, aby móc ocenić i porównać wyniki uzyskane z jej wdrożenia wymaga to czasu i nakładu pracy dużej grupy specjalistów. Ponadto, w celu wdrożenia wszelkich zmian w systemie opieki zdrowotnej niezbędny jest rozwój systemów informatycznych o funkcjonalności integrującej informacyjnie poszczególne zakłady. Jedynie z pomocą właściwego oprogramowania komputerowego można przeprowadzać analizy dokumentacji medycznej, kontrolować koszty w wybranym ujęciu czy prowadzić statystykę przyjęć pacjentów lub realizacji świadczeń.

System opieki zdrowotnej w Polsce jest postrzegany i oceniany negatywnie, zarówno przez pacjentów, pracowników systemu czy dostawców leków i materiałów medycznych. Czy wobec tego stworzenia racjonalnego medycznie i ekonomicznie systemu opieki zdrowotnej jest możliwe? Na pewno tak, lecz jest to zadanie niezwykle trudne, trudniejsze nawet, niż „...*budowa mostu*...”.

LITERATURA

1. Aksman E., *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, UW, Warszawa 2000.
2. Aleksandrowicz K. (red.), *Leksykon przedsiębiorcy*, Indor, Warszawa 2002.
3. Altkorn J. (red.), *Podstawy marketingu*, Instytut Marketingu, Kraków 2003.
4. Anthony R.N., Young D.W., *Management Control in Nonprofit Organizations*, IRWIN, Homewood, Illinois, 1998.
5. Arsen J., Skjoldborg U.S., *Comparing systems for costing hospital treatments. The case of stable angina pectoris*, „Health Policy”, 67/2004.
6. Baker J.J., *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, An Aspen Publication, Maryland 1998.
7. Baran W., *Ocena zasad ewidencji i kalkulacji kosztów w jednostkach służby zdrowia w aspekcie możliwości ich wykorzystania w tworzeniu informacji zarządczej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, M. Hass-Symotiuk (red.), Uniwersytet Szczeciński, Polska Akademia Nauk, Szczecin 2005.
8. Bennett P.D., *Marketing*, McGraw Hill, New York 1988.
9. Białynicki-Birula P., *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, AE Kraków, Monografie: Prace Doktorskie Nr 4, Kraków 2006.
10. Bielski I., *Współczesny marketing: filozofia, strategie, instrumenty*, Studio EMKA, Warszawa 2006.
11. Biernacki M., Janczyk-Strzała E., Kowalak R., *Koszty w zarządzaniu małym i średnim przedsiębiorstwem produkcyjnym*, AE Wrocław, Wrocław 2006.
12. Borówka A., Antoniewicz A.A., Jarzemski P., *Analiza kosztów rzeczywistych wybranych procedur urologicznych i wielkości refundacji tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, „Przegląd Urologiczny” 2007/8/3 (43).
13. Burzym E., *Rachunkowość przedsiębiorstw i instytucji*, PWE, Warszawa 1980.
14. Cooper R., Kaplan R. S., *Activity – Based – Systems: Measuring the Costs of Resource Usage*, „Accounting Horizons” 1992, nr 6; R. Cooper, R. S. Kaplan, *Costs and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance*, “Harvard Business Scholl Press”, Boston Massachusetts 1997.
15. Cowell W. D., *The Marketing of Services*, Butterworth-Heinemann, Oxford 1991.
16. Cygańska M., Wykorzystanie rachunku kosztów w zarządzaniu wybranymi szpitalami, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
17. Czubakowska K., Gabrusewicz W., Nowak E. *Podstawy rachunkowości zarządczej*, PWE, Warszawa 2006.
18. Daszkowska M., *Usługi - produkcja, rynek, marketing*, PWN, Warszawa 1998.

19. *Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren*, Version 2006, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2005.
20. Dmowski Z., *Usługi w obrotach zagranicznych*, PWE, Warszawa 1977.
21. Dobija M., *Rachunkowość zarządcza i controlling*, PWN, Warszawa 1997.
22. Dobska M., *Uwarunkowania i rola relacji profesjonalista-pacjent*, [w:] K. Rogoziński, *Marketing profesjonalny. Kultura organizacji, osobowość profesjonalisty*, AE Poznań, Poznań 2001.
23. Drury C., *Rachunek kosztów*, PWN, Warszawa 1998.
24. Fedak Z., *Rachunek kosztów produkcji przemysłowej. Zagadnienia wybrane*, PWE, Warszawa 1962.
25. Flejterski S. (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa 2005.
26. Frąckiewicz E., Karwowski J., Karwowski M., Rudawska E., *Zarządzania marketingowe*, PWE, Warszawa.
27. Garbarski L., Rutkowski I., Wrzosek W., *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, PWE, Warszawa 2000.
28. Gierusz J., *Koszty i przychody w świetle nadrzędnych zasad rachunkowości. Pojęcia. Klasyfikacja. Zakres ujawnień*, ODDK, Gdańsk 2005.
29. Gmytrasiewicz M. (red.), *Encyklopedia rachunkowości*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005.
30. Gordon T., Edward W., *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
31. Grabowski J., Kozierekiewicz A., Gajek, F. *Polski system jednorodnych grup pacjentów*, „Służba zdrowia”, Nr 80-81 (3075-3076), 18-22 października 2001.
32. Grabowski J., Kozierekiewicz A., *Rozliczanie szpitali według DRG*, „Służba Zdrowia” 17-20, 2001, dodatek: „Szpital Polski”.
33. Grabowski J., *Wdrożenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych – warunki i zagrożenia*, Zdrowia Publiczne i Zarządzanie, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia 2004, tom II, nr 2.
34. Hanna N., Dodge M. R., *Kształtowanie cen. Strategie i procedury*, PWE, Warszawa 1997.
35. Harasim J., *Cena jako instrument marketingowy na rynku detalicznych usług bankowych*, „Marketing i Rynek” 2004, nr 2.
36. Hass-Symotiuk M. (red.), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
37. Hass-Symotiuk M., Jakimowicz J., *Ocena zmian w rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2007.
38. Hass-Symotiuk M., *Procedury medyczne jako przedmiot kalkulacji kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, ZN USz Nr 493, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008.

39. Hass-Symotiuk M., *Rachunek kosztów dla polskich szpitali publicznych u schyłku XX wieku*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej SKwP 1998 nr 44.
40. Hass-Symotiuk M., Skrzypka D., *Problematyka cen i kosztów usług medycznych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] Rachunkowość zarządcza. Teoria i praktyka. Materiały konferencyjne, Uniwersytet Szczeciński, Katedra Rachunkowości, Szczecin 1999.
41. Hass-Symotiuk M., *Systematyka kosztów na potrzeby zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.
42. Hendriksen E.A., V Breda M.F., *Teoria rachunkowości*, PWN, Warszawa 2002.
43. Imse T., *The Professionalization of Business Management*, Vantage Press, New York 1962.
44. Iwankiewicz – Rak B., *Warunki adaptacji marketingu firm usług profesjonalnych w organizacjach niedochodowych*, [w:] K. Rogoziński (red.), *Marketing usług profesjonalnych*, Materiały z konferencji AE Poznań, Poznań 1999.
45. Iwankiewicz-Rak B., *Marketing organizacji niedochodowych: wybrane problemy adaptacji w warunkach polskich*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 1999.
46. Jaklik A., Micherda B., *Ewidencja kosztów i produktów*, Wydawnictwo SKwP, Warszawa 1993.
47. Jaklik A., Micherda B., *Zasady rachunkowości*, WSiP, Warszawa 1993.
48. Janik W., *Koszty jako kryterium decyzyjne w jednostkach ochrony zdrowia*, „Rachunkowość w jednostkach ochrony zdrowia” Nr 7/2004.
49. Jaruga A., Nowak W.A., Szychta A., *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, Łódź 1999.
50. Jarugowa A. (red.), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, SKwP, Warszawa 1995.
51. Jarugowa A., Malc W., Sawicki K., *Rachunek kosztów*, PWE, Warszawa 1990.
52. Jarugowa A., *Rachunek kosztów w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 1986.
53. Jarugowa J., Sobańska I., Sochacka R., *Metody kalkulacji. Koszty – ceny – decyzje*, PWE, Warszawa 1991.
54. Jędrzeja B., *Specyfika kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.
55. K. Sawicki, *Analiza kosztów firmy*, PWE, Warszawa 2000.
56. Kamerschen D., McKenzie R., Nardinelli C., *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 1991.
57. Kaniowski P., *Strategie cenowe*, PWE, Warszawa 2003.
58. Karasiewicz G., *Marketingowe strategie cen*, PWE, Kraków 1997.
59. Karmańska A. (red.), *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów w systemie informacyjnym przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2006.

60. Karski J.B., Koronkiewicz A., *Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w regionie Europejskim WHO*, PARPA WHO, Warszawa 2000.
61. Karski J.B., *Teoria organizacji i zarządzania w promocji zdrowia*, COiEOZ, Warszawa 1996.
62. Kasper H., van Helsdingen P., de Vries W., *Services Marketing Management, An International Perspective*, John Wiley & Sons, Chichester 1999.
63. Kawalec P., *Analiza wydajności kosztów (koszt-korzyść)*, Antidotum 2002, nr 6.
64. Kenneth J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, The American Economic Review, vol. LIII, No 5, December 1963.
65. Kissimova-Skarbek K., *Analizy ekonomiczne w opiece zdrowotnej* [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, S. Paździoch, A. Ryś (red.), Vesalius, Kraków 1996.
66. Kludacz M., *Metody finansowania usług medycznych i ich zastosowanie w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
67. Kochalski C., *Analiza kosztów własnych w zarządzaniu strategicznym przedsiębiorstw przemysłowych*, AE Poznań, Poznań 2000.
68. Kogut J., *Cena jako element marketingu usług zdrowotnych*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo PRINT GROUP Daniel Krzanowski, Szczecin 2005.
69. Kogut J., *Cena jako element rynku usług zdrowotnych*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, Uniwersytet szczeciński, Szczecin 2006.
70. Kogut J., *Istota i klasyfikacja kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, PPH Zapol, Szczecin 2004.
71. Kogut J., *Kategoryzacja kosztów dla potrzeb podejmowania decyzji zarządczych*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość w zarządzaniu jednostkami gospodarczymi*, PPH Zapol, Szczecin 2005.
72. Kogut J., *Rachunek kosztów jako podstawa budżetowania i kontroli kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] E. Nowak (red.), *Rachunkowość a controlling*, PN AE we Wrocławiu Nr 1139, Wrocław 2006.
73. Kogut J., *Ścieżka wdrożeniowa rachunku kosztów leczenia szpitalnego*, [w:] G. Borys (red.), *Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, PN AE we Wrocławiu Nr 1091, Wrocław 2005.
74. Kogut J., *Usługi medyczne w systemie funkcjonowania organizacji usługowych w Polsce*, [w:] W. Gabrusewicz (red.), *Rachunkowość w teorii i praktyce*, Wyd. AE Poznań, Poznań 2007.
75. Kogut J., *Zakres rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] W. Krawczyk (red.), *Budżetowanie jednostek gospodarczych – teoria i praktyka*, AGH, Kraków 2002.
76. Kogut J., *Znaczenie kosztów w procesie kształtowania cen usług zdrowotnych*, ZTR Tom 35 (91), SKwP, Warszawa 2006.

77. Komorowski J., *Budżetowanie jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem*, PWN, Warszawa 1997.
78. Koronkiewicz A., Mickiewicz A., *Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, COiEOZ, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1999.
79. Korsch B., Wegrere V., *Doktor-Patient Communication*, Amor 1972.
80. Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wrong V., *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002.
81. Kotler Ph., *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner i S-ka, Warszawa 1994.
82. Kozierkiewicz A. (red.), *Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych*, Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Wyd. 3, Kraków 2007.
83. Kramer T., *Podstawy marketingu*, PWE, Warszawa 1994.
84. Krzyżanowski W., *Teoria produkcji usług*, „*Ekonomista*” 1947, kwartał III/IV.
85. Kulis I., Kulis M., Stylo W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
86. Lange O., *Ekonomia polityczna*, T.1, PWN, Warszawa 1967.
87. Lewicka B., *Systemy rachunku kosztów i możliwości ich zastosowania w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.
88. Lovelock Ch. H., *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, “*Journal of Marketing*”, 1983, Summer.
89. Lubicz M., *Zarządzanie i rachunek kosztów a decyzje w opiece medycznej*, *Prace Naukowe AE we Wrocławiu*, nr 719/1996.
90. Luck D.J., Ferrel O.C., *Marketing Strategy and Plans*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1985.
91. Maciąg A., Kuszewski K., Topczewska-Tylińska K., Michalak J., *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Ośrodek Wydawniczy „Augustana”, Bielsko-Biała 2007.
92. *Marketing Definitions, A Glossary of Marketing Terms*, American Marketing Association – Committee on Definitions, 1960.
93. Mazur J., *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001.
94. Mazurek – Łopacińska K., *Zachowania nabywców jako podstawa strategii marketingowej*, AE Wrocław, Wrocław 1997.
95. Messner Z., *Rachunek kosztów jako instrument operatywnego zarządzania przedsiębiorstwem przemysłowym*, PWN, Warszawa 1972.
96. Michalski E., *Marketing podręcznik europejski*, PWN, Warszawa 2004.
97. *Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – trzecia edycja polska, z aneksem: Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2007.
98. *Międzynarodowe Standardy Rachunkowości 2001*, International Accounting Standards Committee, Londyn 2001.

99. Mikkola H., Keskimäki I., Hakkinen U., *DRG-related prices applied In a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?*, „Health Policy”, 59/2001.
100. Miller J.G., Vollman T.E., *The hidden factory*, “Harvard Business Review”, wrzesień - październik 1985.
101. Mruk H., Pisarczyk B., Szulce H., *Marketing. Uwarunkowania i instrumenty*, AE Poznań, Poznań 2007.
102. Mućko P., *System płatności wykorzystując jednorodne grupy pacjentów (DRG)*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.
103. Myddelton D., *Rachunkowość i decyzje finansowe*, PWE, Warszawa 1996.
104. Naumiuk T., *Zasady kalkulacji kosztów. Przedmiot – rodzaje – techniki*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998.
105. Niewadzi Cz., *Sektor usług w kapitalizmie*, PWN, Warszawa 1982.
106. Niewadzi Cz., *Usługi w gospodarce narodowej*, PWN, Warszawa 1975.
107. Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.
108. Nowak E. (red.), *Leksykon rachunkowości*, Warszawa 1996.
109. Nowak E., *Decyzyjne rachunki kosztów*, PWN, Warszawa 1994.
110. Nowak E., Piechota R., Wierzbński M., *Rachunek kosztów w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2004.
111. Nowak E., *Rachunek kosztów przedsiębiorstwa*, EKSPERT, Wrocław 2001.
112. Nowak E., *Rachunkowość zarządcza*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001.
113. Nowotarska-Romaniak B., *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002.
114. Orliński R., *Koszty gwarantowanych świadczeń zdrowotnych a finansowanie służby zdrowia*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2007.
115. Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1997.
116. Piechota R., *Projektowanie rachunku kosztów działań. Activity Based Costing*, Difin, Warszawa 2005.
117. Pluta-Olearnik M., *Marketing usług. Idee. Zastosowania*, PWE, Warszawa 1994.
118. Pluta-Olearnik M., *Strategie marketingowe przedsiębiorstw usługowych*, Wydawnictwo AE Katowice, Katowice 1992.
119. Polarczyk K., *Wynik pracy podstawą definicji i klasyfikacji usług oraz sfery usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1971, nr 1.
120. Porter M.E., *Strategia konkurencji*, PWE, Warszawa 1994.
121. Przybyłka A., *Systemy ochrony zdrowia – rozwiązania modelowe*, AE Katowice, Katowice 1999.

122. Radkowski K., *Czynniki stymulujące popyt na usługi motoryzacyjne*, „Gospodarka, Rynek, Edukacja”, 2002, nr 6.
123. Rathmell J.M., *What is meant by services?*, “Journal of Marketing”, październik 1966, vol. 30.
124. Rogoda B., *Decyzje cenowe przedsiębiorstw. Pomocnicze materiały dydaktyczne*, AE Kraków, Kraków 2003.
125. Rogoziński K., *Rynek i nowy marketingu*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2005.
126. Rogoziński K., *Usługi rynkowe*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2000.
127. Ronek H., *Pragmatyczna metodologia rachunkowości*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995.
128. Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC.
129. Rudawska I., *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej – wybrane aspekty*, Uniwersytet Szczeciński, Rozprawy i Studia T. (DCLXXI) 606, Szczecin 2005.
130. Rybarczyk K., Karwowski M., *Podejście zasobowe w rachunku kosztów działań dla zakładu opieki zdrowotnej*, Materiały konferencyjne nr 57, Uniwersytet Szczeciński, Katedra Rachunkowości, Szczecin 2000.
131. Rydlewska-Liszkowska, *Ewaluacja ekonomiczna w procesach decyzyjnych w opiece zdrowotnej* [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzie pracy menedżera*, AE, Wrocław 2001.
132. Rylke M., *Organizacja usług w gospodarce narodowej*, PWE, Warszawa 1970.
133. Sawicki K. (red.), *Rachunek kosztów*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996.
134. Say J.B., *Traktat o ekonomii politycznej, czyli prosty wykład sposobu, w jaki się tworzą, rozdzielają i spożywają bogactwa*, Warszawa 1960.
135. Schoell W., Guiltman J., *Marketing*, Allyn and Bacon, Boston 1988.
136. Simon H., *Zarządzanie cenami*, PWN, Warszawa 1996.
137. Skrzypska D., *Koszty jako baza ustalanie cen na świadczenia medyczne*, [w:] *Rachunek kosztów usług medycznych i zarządzanie finansami w ochronie zdrowia*. Materiały na ogólnopolską konferencję naukową, Szczecin 2000.
138. *Słownik Języka Polskiego*, S. Dubisz (red.), PWN, Warszawa 2003.
139. Smith A., *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. I, PWN, Warszawa 1954.
140. Smoleń M. M., *Koszty, procedury i standardy postępowania medycznego w zakładach opieki zdrowotnej*, cz. II, Służba Zdrowia., Nr 29-30/1999.
141. Smoleń M. M., *Koszty, procedury, standardy postępowania medycznego w zakładach opieki zdrowotnej*, „Służba Zdrowia”, Nr 27-28/1999.
142. Smoleń M.M., Smoleń M., *Problemy planowania i zastosowania programów marketingowych w organizacjach monopolistycznych – aspekt opieki zdrowotnej*, „Antidotum” 2000, nr 2.

143. Sobańska I. (red.), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Najnowsze tendencje, procedury i ich zastosowanie w przedsiębiorstwach*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2006.
144. Sobczak A., *Mechanizmy finansowania usług zdrowotnych*, w: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, J. Hryniewicz (red.), Wydawnictwo Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
145. Sobiech J., *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, AE Poznań, Zeszyty naukowe – seria II, Prace doktorskie i habilitacyjne, z. 109, Poznań 1990.
146. Sobol E. (red.) *Nowy słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2003.
147. Sojak S., *Rachunkowość zarządcza*, Dom Organizatora, Toruń 2003.
148. Sołtys D. (red.), *Rachunek kosztów. Elementy rachunkowości zarządczej*, AE Wrocław, Wrocław 1999.
149. Sołtys D. (red.), *Rachunkowość zarządcza przedsiębiorstw. Rachunek kosztów*, AE Wrocław, Wrocław 2003.
150. Sołtys D., *Rachunek kosztów postulowanych w controllingu przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 2005.
151. Stanton W.J., *Fundamentals of Marketing*, Mc Graw-Hill, New York, 1981.
152. Striker M., *Rejestr świadczeń i rachunku kosztów świadczeń medycznych w pracach organu założycielskiego placówki medycznej*, „Społeczeństwo inwestorów”, 1/marzec 2004 – Ochrona zdrowia.
153. Strzyżewska M., Rószkiewicz M., *Analizy marketingowe*, Difin, Warszawa 2002.
154. Styło W., Whitfield M., *Zarys kontraktowania usług zdrowotnych*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Karków 2001.
155. Styś A. (red.), *Marketing usług*, PWE, Warszawa 2003.
156. Szewieczek A., *Wpływ standardów postępowania medycznego na kształtowanie rozwiązań rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Standardy rachunkowości wobec wyzwań współczesnej gospodarki*, Tom III, Akademia Ekonomiczna, Katowice 2006.
157. Sztucki T., *Marketing – sposób myślenia, system działania*, Placet, Warszawa 1994.
158. Świdarska G. K. (red.), *ABC rachunkowości dla menedżera. Rachunkowość zarządcza*, Poltext, Warszawa 2000.
159. Świdarska K.G. (red.), *Rachunkowość zarządcza i rachunek kosztów*, DIFIN, Warszawa 2002.
160. Taylor E., *Wstęp do ekonomiki*, wyd. 2, Spółdzielnia Wydawnicza „Żeglarz”, Gdynia 1947.
161. Thomas D., *Strategy is different in service business*, “Harvard Business Review”, 1978, July-August.
162. Waters H. R., Hussey P., *Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences*, “Health Policy” 70 (2004), s. 175–184.
163. Winter M., *Restrukturyzacja finansowa, organizacyjna i własnościowa zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy zarządzania” 2004, nr 6.

164. Wiśniewski F., *Pojęcie i podział usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1965, nr 2.
165. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź, Warszawa, Kraków 1996.
166. Włodarczyk C., Sitko S., *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, „Vesalius”, Kraków 1999.
167. Zaleska B., *Ocena rachunkowości szpitali w świetle badań empirycznych*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie, kontrola, ocena*, ZN USz Nr 478, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.

SPIS AKTÓW PRAWNYCH

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483).
2. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.).
3. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Akt posiada tekst jednolity – Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.
4. Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
5. Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Tekst jednolity: Dz. U. z 2001 r., Nr 57 poz. 602).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Tekst jednolity: Dz. U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943).
8. Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r (Tekst jednolity: Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz.1590 z późn. zm.).
9. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r. (Dz. U. Nr 45, poz.391 z późn. zm).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.).
12. 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wytrobów i Usług (PKWiU), (Dz. U. z 2004 r. Nr 89, poz. 844).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), (Dz. U. z 2007 r. Nr 251, poz. 1885).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
17. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej (MP Nr 19, poz. 143).
18. Zarządzanie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2006 r. w sprawie powołania Zespołów Ekspertów do pracy na Centralną Bazą Świadczeń Opieki Zdrowotnej (Dz. Urz. MZ Nr 14, poz. 67, zm. Dz. Urz. MZ z 2007 r., Nr 8, poz. 27).

INNE ŹRÓDŁA

1. Jabłoński S., Brocki M., Rysz J., Kordiak J., Klejszmit P., Terlecki A., Niemirowicz M., Rebek M., *Porównanie indywidualnych kosztów leczenia szpitalnego kamicy pęcherzyka żółciowego z zastosowaniem cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej*
http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/zdrowie_rodziny/tom2/jablonski.pdf.
2. Kautsch M., Klich J., *Próba oceny samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej*,
http://www.nik.gov.pl/docs/kp/2003_2.pdf.
3. *Koszyk świadczeń gwarantowanych – część I*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz
http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.
4. Makselon-Jarząbek A., *Standard postępowania medycznego*,
http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=415.
5. *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz
http://www.aotm.gov.pl/pliki/ksg/Ksiega_v9.03_PR_cz1.pdf.

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1	Struktura gospodarki narodowej	11
Rysunek 2	Charakterystyka pojęcia „usługi” według M. Daszkowskiej	14
Rysunek 3	Cechy charakteryzujące usługi	17
Rysunek 4	Sektory usługowe a stopień ich niematerialności	19
Rysunek 5	Klasyfikacja usług z punktu widzenia sposobu ich realizacji	23
Rysunek 6	Wyznaczniki niematerialności usług medycznych z punktu widzenia pacjentów	33
Rysunek 7	Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej	42
Rysunek 8	Uczestnicy rynku usług medycznych	59
Rysunek 9	Podmioty mające wpływ na funkcjonowanie instytucji systemu opieki zdrowotnej	61
Rysunek 10	Klienci i potencjalni klienci usług medycznych	65
Rysunek 11	Ogólne uwarunkowania poziomu cen	75
Rysunek 12	Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne jako determinanty ustalania cen	77
Rysunek 13	Powiązanie przejrzystości użyteczności i cen w usługach	83
Rysunek 14	Trójnóg cenowy w usługach	88
Rysunek 15	Koszty zakupu porady lekarskiej postrzegane przez pacjenta	89
Rysunek 16	Cena a strategiczne decyzje przedsiębiorstwa	91
Rysunek 17	Etapy procesu podejmowania decyzji cenowych	92
Rysunek 18	Kształtowanie poziomu cen w jednostkach <i>non-profit</i> i komercyjnych	109
Rysunek 19	Determinanty ustalania cen usług medycznych zakładów opieki zdrowotnej	111
Rysunek 20	Cele tworzenia standardów medycznych	114
Rysunek 21	Typy rachunku kosztów a potrzeby informacyjne podmiotu gospodarczego ..	128
Rysunek 22	Ogólny schemat systematycznego rachunku kosztów	129
Rysunek 23	Problemowe rachunki kosztów	130
Rysunek 24	Struktura kosztów wytworzenia sprzedanych usług medycznych	142
Rysunek 25	Podział kosztów zakładu opieki zdrowotnej według kryterium ekonomicznego	144
Rysunek 26	Przykładowy wykaz ośrodków kosztów publicznego zakładu opieki zdrowotnej	152
Rysunek 27	Struktura organizacyjna SP ZOZ Szpital Wojewódzki	159
Rysunek 28	Elementy świadczenia opieki zdrowotnej	180

Rysunek 29	Warunki kwalifikacji zakładu opieki zdrowotnej stanowiącego bazę badawczą kosztów wytworzenia świadczeń opieki zdrowotnej	182
Rysunek 30	Przyporządkowanie elementów kosztów „niższego” poziomu do „wyższego”	184
Rysunek 31	Zakres informacji na potrzeby kalkulacji kosztów procedur medycznych	186
Rysunek 32	Dane medyczno-ekonomiczne do szacowania kosztu leczenia pacjenta, przypadku chorobowego czy świadczenia medycznego	200
Rysunek 33	Procedura finansowania usług medycznych szpitala	217
Rysunek 34	Różnice względne kosztów rzeczywistych wybranych zabiegów urologicznych i stawek NFZ	224

SPIS TABEL

Tabela 1	Charakterystyka definicji usług.....	16
Tabela 2	Klasyfikacja usług	22
Tabela 3	Rodzaje usług z punktu widzenia podatności na indywidualizację ich cech i udział usługodawców w ocenie stopnia zaspokojenia potrzeb indywidualnych....	25
Tabela 4	Klasyfikacja potrzeb zdrowotnych.....	30
Tabela 5	Podział usług w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego według PKWiU	36
Tabela 6	Klasyfikacja usług w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej według PKD	37
Tabela 7	Źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej	47
Tabela 8	Metody finansowania usług medycznych w zależności od przyjętej jednostki rozliczeniowej.....	51
Tabela 9	Sposoby finansowania leczenia szpitalnego stosowane przez kasy chorych	53
Tabela 10	Sposoby finansowania wybranych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ.....	57
Tabela 11	Klasyfikacja zakładów opieki zdrowotnej	62
Tabela 12	Klasyfikacja typów szpitali	63
Tabela 13	Cel i rodzaj usług medycznych a rodzaj podmiotu zamawiającego.....	65
Tabela 14	Typologia cen usług	82
Tabela 15	Kryteria różnicowania cen usług	84
Tabela 16	Problemy przy podejmowaniu decyzji cenowych w usługach.....	88
Tabela 17	Strategie cen usług.....	107
Tabela 18	Kryteria klasyfikacyjne kosztów w rachunkowości finansowej	124
Tabela 19	Kryteria klasyfikacyjne kosztów w rachunkowości zarządczej	125
Tabela 20	Definicje rachunku kosztów – wybór.....	126
Tabela 21	Klasyfikacja kosztów działalności operacyjnej zakładu opieki zdrowotnej	138
Tabela 22	Wykaz grup kosztów rodzajowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej	149
Tabela 23	Ośrodki kosztów w SP ZOZ Szpital Wojewódzki	161
Tabela 24	Klucze rozliczeniowe wykorzystywane do alokacji kosztów ośrodków działalności pomocniczej w SP ZOZ Szpital Wojewódzki.....	162
Tabela 25	Podstawowe kategorie kosztów uwzględnianie przy kształtowaniu cen	168
Tabela 26	Zestawienie materiałów zużywanych bezpośrednio do wykonania procedury medycznej	189

Tabela 27	Zestawienie nakładu czasu pracy zużywanego podczas wykonania procedury medycznej	190
Tabela 28	Tabela na potrzeby kalkulacji podziałowej ze współczynnikami z wykorzystaniem jednej skali współczynników podziałowych.....	192
Tabela 29	Tabela na potrzeby kalkulacji podziałowej ze współczynnikami z wykorzystaniem trzech skal współczynników podziałowych.....	193
Tabela 30	Tabela pomocnicza na potrzeby kalkulacji podziałowej ze współczynnikami z wykorzystaniem trzech skal współczynników podziałowych.....	194
Tabela 31	Kalkulacja kosztów wytworzenia procedur medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej – problemy	195
Tabela 32	Wykaz procedur medycznych wykonywanych w Pracowni tomografii komputerowej SP ZOZ.....	204
Tabela 33	Wykaz procedur medycznych wykonywanych w laboratorium mikrobiologicznym SP ZOZ	205
Tabela 34	Zestawienie zasobów zużywanych podczas wykonania procedury 13.75 (Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy)	210
Tabela 35	Zestawienie zasobów zużywanych podczas wykonania procedury 87.79 (Badanie RTG układu moczowego).....	212
Tabela 36	Koszt leczenia szpitalnego pacjenta z wykonaniem procedury operacyjnej (Rozpoznanie: Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego M16).....	218
Tabela 37	Koszt leczenia szpitalnego pacjenta bez wykonania procedury operacyjnej (Rozpoznanie: Migotanie przedsionków I48)	220
Tabela 38	Indywidualne koszty leczenia pacjentów a stawki oferowane przez NFZ.....	221
Tabela 39	Porównanie rzeczywistych kosztów zabiegów urologicznych do wielkości ich refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia	223
Tabela 40	Zalety i wady mechanizmu finansowania usług medycznych opartego na DRG.....	227
Tabela 41	Wykaz sekcji zawartych w katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP)	229

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik 1	Wykaz rodzajowych symboli kosztowych stosowanych w w SP ZOZ Szpital Wojewódzki	257
Załącznik 2	Przykładowy raport z budżetowania	259
Załącznik 3	Medyczna Karta Pacjenta	263
Załącznik 4	Przykładowe zestawienie statystyczne stanowiące podstawę wyceny kosztów leczenia pacjentów	266
Załącznik 5	Katalog grup jednorodnych grup pacjentów (JGP)	272
Załącznik 6	Wzór ankiety dotyczącej szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	284

Załącznik 1.**Wykaz rodzajowych symboli kosztowych stosowanych w SP ZOZ Szpital Wojewódzki**

Amortyzacja			
00	amortyzacja środków trwałych niskocennych	400/0/00	k.u.p.
01	amortyzacja środków trwałych	400/0/01	k.u.p.
39	amortyzacja nieodpłatnego środka trwałego	400/1/39	n.k.u.p.
40	amortyzacja budynków	400/1/40	n.k.u.p.
43	amortyzacja nieodpłatnych środków trwałych	400/1/43	n.k.u.p.
Zużycie materiałów			
02	leki	401/0/02	k.u.p.
64	leki (program terapeutyczny)	401/0/64	k.u.p.
60	krw i preparaty krwiopochodne	401/0/60	k.u.p.
50	gazy medyczne	401/0/50	k.u.p.
03	wyroby medyczne jednorazowego użytku	401/0/03	k.u.p.
61	materiały medyczne	401/0/61	k.u.p.
62	drobny sprzęt medyczny i wyposażenie	401/0/62	k.u.p.
04	odczynniki i materiały diagnostyczne	401/0/04	k.u.p.
05	żywność	401/0/05	k.u.p.
06	środki czystości i dezynfekcji	401/0/06	k.u.p.
07	bielizna i pościel	401/0/07	k.u.p.
08	materiały do konserwacji	401/0/08	k.u.p.
09	materiały biurowe i druki	401/0/09	k.u.p.
10	przedmioty nietrwałe (pozostałe materiały niemedyczne)	401/0/10	k.u.p.
11	paliwo	401/0/11	k.u.p.
12	opał	401/0/12	k.u.p.
38	dary rzeczowe (leki, śr. opatrunkowe, sprzęt medyczny)	401/1/38	n.k.u.p.
Zużycie energii			
13	energia elektryczna i gaz	402/0/13	k.u.p.
14	energia cieplna	402/0/14	k.u.p.
15	woda	402/0/15	k.u.p.
Usługi obce			
16	remonty bieżące	403/0/16	k.u.p.
17	usługi transportowe (transport sanitarny)	403/0/17	k.u.p.
51	pozostałe usługi transportowe	403/0/51	k.u.p.
18	usługi medyczne (laboratoryjne, diagnostyczne)	403/0/18	k.u.p.
19	usługi medyczne (dyżury i kontrakty menedżerskie)	403/0/19	k.u.p.
20	naprawa i konserwacja sprzętu medycznego	403/0/20	k.u.p.
52	naprawy i konserwacje pozostałe	403/0/52	k.u.p.
21	usługi pocztowo-telekomunikacyjne	403/0/21	k.u.p.
22	pozostałe usługi (wywóz nieczystości-komunalne)	403/0/22	k.u.p.
53	pozostałe usługi (wywóz i utylizacja odpadów)	403/0/53	k.u.p.
54	pozostałe usługi (najem i dzierżawy)	403/0/54	k.u.p.
55	pozostałe usługi (usługi informatyczne)	403/0/55	k.u.p.
56	inne usługi obce	403/0/56	k.u.p.
63	usługi pralnicze	403/0/63	k.u.p.
44	nieodpłatne usługi obce	403/1/44	n.k.u.p.
Podatki i opłaty			
23	podatek od nieruchomości i gruntów	404/0/23	k.u.p.

25	opłaty skarbowe, administracyjne i z tyt. ochrony	404/0/25	k.u.p.
36	opłaty na PFRON	404/1/36	n.k.u.p.
Wynagrodzenia			
26	wynagrodzenia ze stosunku pracy	405/0/26	k.u.p.
27	wynagrodzenia z umów zlecenia i o dzieło	405/0/27	k.u.p.
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia			
28	składki na ubezpieczenie społeczne i fundusz pracy	406/0/28	k.u.p.
29	świadczenia urlopowe	406/0/29	k.u.p.
30	inne świadczenia (dopł. Do biletów, szczepienia	406/0/30	k.u.p.
57	inne świadczenia (szkolenia pracowników)	406/0/57	k.u.p.
31	wydatki związane z BHP i ochroną zdrowia (odzież	406/0/31	k.u.p.
Pozostałe koszty rodzajowe			
32	podróże służbowe	409/0/32	k.u.p.
33	ubezpieczenia OC i majątkowe firmy	409/0/33	k.u.p.
34	koszty reklamy	409/0/34	k.u.p.
58	koszty reprezentacji	409/1/58	n.k.u.p.
35	pozostałe koszty (odprawy pośmiertne, usługi bankowe i	409/0/35	k.u.p.

Objaśnienia:

k.u.p. – koszt uzyskania przychodu

n.k.u.p. – koszt nie stanowiący koszt uzyskania przychodu

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Załącznik 2.
Przykładowy raport z budżetowania

500-0103

ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY

Koszty rodzajowe	Miesiąc listopad 2007r			Wykonanie przy realizacji kontr. z NFZ (100%)	[%] Wykonanie faktyczne do planu	Narastająco styczeń - listopad 2007r			[%] Wykonanie faktyczne do planu
	Plan	Wykonanie faktyczne	Wykonanie przy realizacji kontr. z NFZ (100%)			Plan	Wykonanie faktyczne	Wykonanie przy realizacji kontr. z NFZ (100%)	
Koszty bezp. stałe									
Dyżury i kontrakty		0,00	0,00			0,00	10 540,00	10 540,00	
Wynagrodzenia	156 786,50	182 471,96	182 471,96	116,38%		1 724 296,50	1 751 271,84	1 751 271,84	101,56%
Składki na ubezpieczenia społeczne	29 789,44	32 608,99	32 608,99	109,46%		327 616,37	318 426,77	318 426,77	97,20%
Świadczenie urlopowe	200,00	0,00	0,00	0,00%		9 600,00	9 750,00	9 750,00	101,56%
Składki na PFRON	2 227,50	2 272,90	2 272,90	102,04%		24 109,47	24 745,78	24 745,78	102,64%
Amortyzacja	1 607,70	1 156,07	1 156,07	71,91%		17 684,70	7 404,01	7 404,01	41,87%
Energia elektryczna	2 263,42	2 465,92	2 465,92	108,95%		26 478,56	25 896,79	25 896,79	97,80%
Energia ciepła	2 072,79	2 841,42	2 841,42	137,08%		18 104,34	22 925,29	22 925,29	126,63%
Woda	2 073,33	1 299,90	1 299,90	62,70%		23 392,73	17 332,34	17 332,34	74,09%
Remonty bieżące	4 139,97	206,61	206,61	4,89%		5 060,10	5 521,61	5 521,61	109,12%
Naprawy i konserwacje /sprzęt medyczny/		0,00	0,00	0,00%			8 446,13	8 446,13	
Naprawy i konserwacje pozostałe	803,52	405,66	405,66	50,48%		16 461,93	2 068,71	2 068,71	12,57%
Podatek od nieruchomości	692,22	721,06	721,06	104,17%		7 614,42	7 873,98	7 873,98	103,41%
Ubezpieczenia OC i majątkowe firmy	209,71	0,00	0,00	0,00%		2 306,81	1 262,45	1 262,45	54,73%
Amortyzacja darów	7 361,39	11 717,84	11 717,84	159,18%		71 501,29	97 251,28	97 251,28	136,01%
Amortyzacja od modernizacji budynków		7,74	7,74				77,40	77,40	
Amortyzacja budynków	5 989,75	7 301,01	7 301,01	121,89%		65 887,25	80 311,11	80 311,11	121,89%
RAZEM	216 217,24	245 477,08	245 477,08	113,53%		2 340 114,47	2 391 105,49	2 391 105,49	102,18%

Kotłownia	618,00	1 080,03	1 080,03	1 080,03	174,76%	8 476,32	12 859,40	12 859,40	151,71%
Warsztat mech.	734,00	710,78	710,78	710,78	96,84%	6 490,00	10 210,52	10 210,52	157,33%
Chłodnia odpadów medycznych	405,00	386,72	386,72	386,72	95,49%	5 901,00	5 384,21	5 384,21	91,24%
Warsztat elektryczny	827,00	871,39	871,39	871,39	105,37%	8 394,74	9 987,12	9 987,12	118,97%
Warsztat elektron.	251,00	259,13	259,13	259,13	103,24%	2 667,55	2 691,62	2 691,62	100,90%
Centralne szatanie	600,00	864,67	864,67	864,67	144,11%	8 865,30	8 836,88	8 836,88	99,68%
Pomieszczenia techniczne monobloku A	65,00	81,38	81,38	81,38	125,20%	913,00	1 096,13	1 096,13	120,06%
Pomieszczenia techniczne monobloku B	13,65	67,13	67,13	67,13	491,79%	191,62	415,84	415,84	217,01%
Magazyn odzieży chorych	325,00	717,14	717,14	717,14	220,66%	5 497,00	5 578,92	5 578,92	101,49%
Kaplica	415,00	134,19	134,19	134,19	32,33%	3 952,00	1 843,76	1 843,76	46,65%
Wewnętrzne sieci elektroenergetyczne	207,00	377,56	377,56	377,56	182,40%	3 615,99	4 304,54	4 304,54	119,04%
Urządzenia i instalacje łączności	16,00	5,63	5,63	5,63	35,19%	750,02	123,18	123,18	16,42%
Urządzenia i instalacji p.poż.	89,00	19,47	19,47	19,47	21,88%	2 148,00	1 846,61	1 846,61	85,97%
Urządzenia instalacji wentylacji i klimatyzacji	165,00	277,85	277,85	277,85	168,39%	3 820,00	3 093,44	3 093,44	80,98%
Hydroformia	207,00	197,55	197,55	197,55	95,43%	2 698,99	2 406,02	2 406,02	89,15%
Sieci ciepłownicze i gazowe	77,00	62,56	62,56	62,56	81,25%	692,70	690,15	690,15	99,63%
Kserokopiarka	253,00	83,42	83,42	83,42	32,97%	2 445,00	1 398,58	1 398,58	57,20%
Zarząd i koszty ogólnozakładowe	27 508,00	21 517,27	21 517,27	21 517,27	78,22%	244 780,65	269 862,50	269 862,50	110,25%
RAZEM	32 775,65	27 713,87	27 713,87	27 713,87	84,56%	312 299,88	342 629,42	342 629,42	109,71%
Koszty pośrednie zmienne							0,00		
Apteka	1 894,00	1 411,07	1 411,07	1 411,07	74,50%	23 706,95	16 090,01	14 842,80	67,87%
Prac. USG	33,00	28,34	28,34	28,34	85,88%	1 714,00	2 196,32	2 026,07	128,14%
Pracownia endoskopowa	277,00	444,39	444,39	444,39	160,43%	2 407,00	4 006,95	3 696,35	166,47%
Prosektorium	519,00	316,51	316,51	316,51	60,98%	8 129,00	6 544,80	6 037,48	80,51%
Statystyka med.	327,00	137,46	137,46	137,46	42,04%	5 745,00	2 507,98	2 313,58	43,66%
Centralne tlenownia	390,00	794,56	794,56	794,56	203,73%	1 894,35	5 488,31	5 062,89	289,72%
Pracownia patomorfologii	9,00	36,97	36,97	36,97	410,78%	76,00	142,94	131,86	188,08%
Pracownia EEG	66,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	181,00	86,45	79,75	47,76%
Dział eksploatacji i naprawy aparatury medycznej	455,00	1 304,17	1 304,17	1 304,17	286,63%	14 171,00	5 993,01	5 528,47	42,29%

RTG	1 556,00	2 330,14	2 330,14	149,75%	16 701,00	30 069,33	27 738,52	180,05%
Tomograf	1 475,00	3 449,31	3 449,31	233,85%	19 562,00	26 478,81	24 426,32	135,36%
Sterylizacja parowa	338,00	252,41	252,41	74,68%	3 566,00	3 606,19	3 326,66	101,13%
Sterylizacja plazmowa	147,00	28,18	28,18	19,17%	1 688,76	958,93	884,60	56,78%
Stacja dezynfekcji łóżek	731,44	256,67	256,67	35,09%	5 600,10	2 645,57	2 440,50	47,24%
Planowa izba przyjęć kardiologiczna	812,69	510,95	510,95	62,87%	7 910,66	5 744,41	5 299,14	72,62%
Laboratorium analityczne	12 700,00	17 749,55	17 749,55	139,76%	177 671,00	142 548,61	131 499,04	80,23%
Laboratorium serologiczne	2 501,00	6 158,22	6 158,22	246,23%	25 513,00	29 158,29	26 898,10	114,29%
Laboratorium mikrobiologiczne	4 135,00	3 608,25	3 608,25	87,26%	37 720,00	37 580,73	34 667,68	99,63%
Pracownia kardiologii interwencyjnej	203 655,20	254 891,13	254 891,13	125,16%	2 102 252,05	2 105 919,20	1 942 680,15	100,17%
Pracownia Badań i Zabiegów Naczyniowych		0,00	0,00		1 624,00	0,00	0,00	0,00%
Kuchnia	19 347,45	20 396,75	20 396,75	105,42%	195 714,22	228 468,89	210 759,26	116,74%
Punkt przyjęć bielizny	2 651,00	2 822,03	2 822,03	106,45%	32 448,00	31 633,11	29 181,09	97,49%
Transport /samochodowy/	609,00	1 522,62	1 522,62	250,02%	13 182,00	16 439,18	15 164,91	124,71%
Transport wewnętrzny	1 771,00	2 344,46	2 344,46	132,38%	23 806,00	26 224,65	24 191,86	110,16%
RAZEM	256 399,78	320 794,14	320 794,14	125,11%	2 722 983,09	2 730 532,67	2 518 877,09	100,28%
Koszty razem	550 160,00	667 625,90	667 625,90	121,35%	6 026 612,00	6 074 557,85	5 815 595,99	100,80%
Przychód NFZ /do limitu/	1 107 702,00	1 110 486,21	1 110 486,21		6 367 826,00	6 365 415,21	6 365 415,21	
Przychody z tytułu realizacji ustawy o przekazywanie środków finansowych przez NFZ na wzrost wynagrodzeń	94 460,32	94 460,32	94 460,32		931 662,20	931 662,20	931 662,20	
Przychody inne+dary	1 500,00	5 970,35	5 970,35		12 500,00	50 918,58	50 918,58	
Razem przychody	1 203 662,32	1 210 916,88	1 210 916,88		7 311 988,20	7 347 995,99	7 347 995,99	
Wykonanie faktyczneNFZ		658 969,21		59,00%		6 902 900,11		108,00%
Wykonanie ponadlimitowe		-451 517,00		100,00%		537 484,90		108,00%
Wynik finansowy dochód/strata	653 502,32	543 290,98	543 290,98		1 285 376,20	1 273 438,14	1 532 400,00	

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ.

Załącznik 3. Medyczna Karta Pacjenta

KARTA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. **Nazwisko i imię pacjenta**
Nr książki głównej **wiek**..... **płeć: M/K**
2. **Oddział, Izba Przyjęć (kod, nazwa)**.....
3. **Data przyjęcia (rok, miesiąc, dzień, godzina)**.....
4. **Kierujący: symbol**..... **nazwa**.....
resort.....**województwo, kod**.....**nazwa**.....
5. **Rozpoznanie wstępne/symbol:**.....
zasadnicze rozpoznanie kliniczne I
II

6. Wykonane procedury lekarskie i diagnostyczne:

6a. Medyczne procedury lekarskie pozazabiegowe:

[illegible]

6b. Medyczne procedury lekarskie zabiegowe:

[illegible]

6c. Procedury diagnostyczne (laboratoryjne, elektrodiagnostyczne, obrazowe)

Data	Nr – kod procedury	Nazwa procedury	Ilość wykonań procedur	Koszt 1 procedury	Wartość
1	2	3	4	5	6=4x5

6d. Konsultacje innego oddziału – poradni:

Data	Nr – kod procedury	Nazwa procedury	Ilość wykonań procedur	Koszt 1 procedury	Wartość
1	2	3	4	5	6=4x5
Nazwa oddziału - poradni					
Nazwa oddziału - poradni					
Nazwa oddziału - poradni					
Nazwa oddziału - poradni					

6e. Rehabilitacja lecznicza

Data	Nr – kod procedury	Nazwa procedury	Ilość wykonań procedur	Koszt 1 procedury	Wartość
1	2	3	4	5	6=4x5

6f. Wykonane procedury lekarskie i diagnostyczne

[illegible]

.....
podpis pielęgniarki oddziałowej

.....
podpis lekarza prowadzącego

Załącznik 4.**Przykładowe zestawienie statystyczne stanowiące podstawę wyceny kosztów leczenia pacjentów**Diagnoza: **C34 - Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca** - liczba diagnoz: **1915**

Usługa	Średnio na przypadek	Jednost .	Koszt jednost. (PLN)	Wartość (PLN)
5 - koszt osobodnia dla 5	3,17	dzień	193,92	615,28
KOD-OIOM - koszt osobodnia dla OIOM	0,51	dzień	1150	585,51
KOD-1 - koszt osobodnia dla 1	2,4	dzień	160	384,33
032.49 - Usunięcie płata płucnego (lobekt	0,08	szt.	3355	257,54
KOD-12 - koszt osobodnia dla 12	1,37	dzień	182	249,57
KOD-11 - koszt osobodnia dla 11	1,68	dzień	142	238,84
KOD-10 - koszt osobodnia dla 10	1,45	dzień	157	227,01
KOD-4 - koszt osobodnia dla 4	0,69	dzień	190,64	131,01
KOD-2 - koszt osobodnia dla 2	0,66	dzień	188	124,38
BRO - Bronchoskopia	0,41	szt.	208	85,81
KOD-9 - koszt osobodnia dla 9	0,14	dzień	597	81,37
POSILEK - Wydanie posiłku OGÓLNA	9,46	szt.	8,55	80,86
CTK - CT kl. piersiowej	0,28	szt.	191	53,76
087.45 - Rtg klp - przyłózkowe PA	1,09	szt.	45	48,83
KOD-RR - koszt osobodnia dla RR	0,05	dzień	970	45,08
032.49/1 - Usunięcie płata płucnego (bilobe	0,01	szt.	5184	43,31
034.22 - Wziernikowanie śródpiersia (medi	0,06	szt.	736	42,66
032.29 - Klinowe wycięcie płuca, resekcja	0,01	szt.	2874	37,52
033.26/1 - CT biopsja płuca	0,12	szt.	281	33,02
032.59 - Całkowite usunięcie płuca (torak	0,01	szt.	3320	27,74
087.44/2 - Rtg klp. PA + bok	0,55	szt.	38	21,03
A01.242.191 - Badanie ogólne moczu + osad	0,91	szt.	20	18,19
032.52 - Wycięcie płuca z rozdzieleniem ś	0,01	szt.	3320	17,34
GRKW - Grupa krwi i przeciwciała Rh	0,34	szt.	49	16,68
088.723 - Echokard. - echo serca	0,16	szt.	96	15,19
089.512 - Elektrokardiogram	0,78	szt.	14	10,91
088.741 - USG brzucha i przestrzeni zaotrz	0,34	szt.	31	10,46
C55.083.02 - Morfologia krwi	1,96	szt.	5	9,8

POSILEK - Wydanie posiłku CUKRZYCOWA	1,13	szt.	8,55	9,67
089.70 - Spirometria (SPIR)	0,35	szt.	27	9,5
G49.102.1113 - D-dimery	0,24	szt.	32	7,75
O29.072.065 - Gazometria	1,11	szt.	7	7,75
093.14 - Rehabilitacja oddechowa	1,27	szt.	6	7,62
RMG - RM Głowy	0,03	szt.	234	7,33
U.00.872 - Lekowrażliwość w syst PHOENIX	0,05	szt.	148	7,11
U.088.773 - Posiew krwi obwodowej	0,08	szt.	86	7,01
G11.102.17 - Czas kaolinowo-kefalinowy	0,77	szt.	9	6,89
U.00.793 - Ident. mikroorg. w syst PHOENIX	0,05	szt.	148	6,88
087.41/3 - CT kl. piersiowej zator t. płucn	0,02	szt.	376	6,87
112.21.02 - bakterioskopia Z-N	0,25	szt.	27	6,77
033.23/1 - Bronchoskopia sztywna z biopsją	0,01	szt.	561	6,15
087.41/13 - Wirtualna bronchoskopia	0,01	szt.	396	5,38
U.00.871 - Lekowrażliwość met. krążkową	0,07	szt.	78	5,34
044.13 - Gastroskopia	0,04	szt.	123	5,2
KRZYŻ - Próba zgodności serologicznej	0,1	szt.	49	5,07
G21.102.17 - Czas i wskaźnik protrombinowy	0,81	szt.	6	4,88
087.44/11 - Rtg klp. PA + bok - AMBER	0,12	szt.	39	4,72
CTG - CT głowy	0,04	szt.	129	4,65
U.37.5.772 - Posiew materiału bronchoskopowego	0,1	szt.	46	4,64
CTC - CT Thorax Combine	0,02	szt.	213	4,34
087.41/12 - Kontrast jednofazowy	0,01	szt.	337	4,22
033.22 - Bronchoskopia	0,02	szt.	208	4,13
BK_KONW - Posiew w kier. BK - konwencjonal	0,16	szt.	25	4,11
U.00.773/1 - Posiew materiałów skąpoprątkowyc	0,11	szt.	35	3,84
088.724 - Echokard. - echo s. przezprz.	0,02	szt.	159	3,82
CTJ - CT jamy brzusznej	0,03	szt.	122	3,76
087.44 - Rtg klp PA - konwencjonalne	0,12	szt.	31	3,69
POSILEK - Wydanie posiłku LEKKOSTRAWNA	0,42	szt.	8,5	3,53
L43.09.191 - Glukoza	1,74	szt.	2	3,48
M37.09.191 - Kreatynina w surowicy	1,7	szt.	2	3,39

034.04 - Drenaż opłucnej	0,01	szt.	497	3,37
093.14/1 - Oklepywanie, nauka kaszlu	1,12	szt.	3	3,37
G53.102.17 - Fibrynogen	0,38	szt.	8	3,05
040.11 - Biopsja	0,03	szt.	98	3,02
089.70/1 - Spirometria +P.rozkurczowa(SPIR)	0,05	szt.	55	3,02
093.90 - Drenaż oskrzeli	0,43	szt.	7	2,99
U.16.0.771 - Nosicielstwo MRSA/nos	0,43	szt.	6,89	2,97
GEN - Badanie met. Genetyczną	0,01	szt.	251	2,88
U.33.773 - Posiew płynu z opłucnej	0,03	szt.	86	2,87
I64.09.1137 - Antygen HBs	0,24	szt.	12	2,83
I79.09.072 - Proteinogram	0,17	szt.	17	2,82
088.70 - USG opłucnej	0,08	szt.	31	2,54
U.28.772 - Posiew płwociny	0,06	szt.	44	2,5
I17.09.194 - Aminotransferaza alaninowa	1,22	szt.	2	2,45
N11.09.194 - Mocznik w surowicy	0,8	szt.	3	2,41
I19.09.194 - Aminotransferaza asparaginianowa	1,2	szt.	2	2,4
O61.085.20 - Troponina	0,1	szt.	24	2,38
087.41/31 - CT Kl. Piersiowej zator	0,01	szt.	449	2,34
093.90/1 - Wspomaganie kaszlu	1,11	szt.	2	2,23
O35.09.067 - Elektrolity w surowicy	0,74	szt.	3	2,22
087.41 - CT kl. piersiowej	0,01	szt.	191	2,19
U.00.803 - Ident. gronkowców met. latex	0,24	szt.	8,52	2,02
L69.09.1137 - Tyreotropina	0,13	szt.	15	1,98
O69.09.1137 - Wolna Tyroksyna	0,11	szt.	17	1,95
CTN - CT jamy brzusznej - nadnercza	0,02	szt.	122	1,85
I89.09.191 - Bilirubina całkowita	0,93	szt.	2	1,85
RML - RM kręgosłupa lędźwiowego	0,01	szt.	321	1,84
093.19 - Rehabilitacja ogólna	0,18	szt.	10	1,75
088.761 - Echokard. - USG żył	0,02	szt.	74	1,74
POSILEK - Wydanie posiłku WRZODOWA	0,2	szt.	8,55	1,67
089.43 - P. wysiłkowa kardio.	0,01	szt.	318	1,66
089.512/0 - Elektrokardiogram z opisem	0,11	szt.	14	1,61
116.03 - posiew w kier grzybów-płyny ustr	0,02	szt.	77	1,45
087.45/1 - Rtg klp.- przyłózkowe PA+bok	0,03	szt.	50	1,44

087.41/1 - Kontrast jednofazowy	0,01	szt.	274	1,43
M87.09.191 - Magnez w surowicy	0,7	szt.	2	1,4
U.24.772 - posiew moczu	0,07	szt.	20	1,36
I77.09.191 - Białko całkowite	0,65	szt.	2	1,31
C55.083.131 - Płytki krwi	0,06	szt.	20	1,3
BACTEC - Posiew met. BACTEC	0,02	szt.	61	1,27
U.088.773/1 - Posiew krwi z wklucia centr.	0,01	szt.	86	1,26
L11.09.191 - Fosfataza alkaliczna	0,58	szt.	2	1,15
033.26 - Biopsja płuca pod kontrolą RTG	0,01	szt.	87	1
POSILEK - Wydanie posiłku WĄTROBOWA	0,11	szt.	8,5	0,97
O71.09.191 - Wapń w surowicy	0,46	szt.	2	0,91
U.00.791/3 - Identyfikacja pałeczek hemofilny	0,01	szt.	68	0,89
088.734 - USG węzłów chłonnych	0,04	szt.	20	0,88
U.55.0.772 - Posiew wymazu z rany	0,02	szt.	42	0,86
CTB - CT jamy brzusznej i miednicy	0,01	szt.	122	0,83
A05.32.131 - Płyn z jam ciała - rozmaz	0,03	szt.	29	0,8
093.01/1 - 6 minutowy test chodu	0,04	szt.	20	0,79
116.08/1 - Identyfikacja grzybów drożdżoida	0,02	szt.	40	0,77
I81.09.1113 - Białko C-reaktywne	0,05	szt.	15	0,75
M45.09.191 - Kwas moczowy w surowicy	0,34	szt.	2	0,69
POSILEK - Wydanie posiłku PŁYNNNA	0,08	szt.	8,55	0,68
M19.09.194 - CKMB	0,1	szt.	7	0,68
N34.09.1137 - ProBNP	0,01	szt.	107	0,67
POSILEK - Wydanie posiłku WYSOKOBIAŁKOWA	0,07	szt.	8,55	0,64
040.11/1 - Biopsja ukł. limfatycznego (USG)	0,01	szt.	50	0,63
OB - OB. w oddziale	0,31	szt.	2	0,62
I61.09.1137 - PSA	0,03	szt.	23	0,59
U.01.0.772 - Posiew wymazu/wydzieliny z drenu	0,01	szt.	42	0,53
A05.32.20 - Płyn z jam ciała	0,03	szt.	20	0,51
U.00.792 - Identyfik. pałeczek metodą API	0,01	szt.	74	0,5
116.02 - posiew w kier grzybów-wymaz	0,01	szt.	74	0,5
116.01 - posiew w kier grzybów-plwocina	0,01	szt.	75	0,47
116.15 - lekowrażliwość szczepów grzybów	0,01	szt.	70	0,44
I51.09.1137 - Cyfra 21-1	0,01	szt.	35	0,44

I25.09.191 - Amylaza w surowicy	0,14	szt.	3	0,42
I53.09.1137 - Antygen karcinoembrionalny	0,02	szt.	21	0,39
E17.087.015 - Pośredni test antyglobulinowy (P	0,02	szt.	18	0,39
L31.09.191 - Gamma-glutamylotransferaza	0,2	szt.	2	0,39
089.00/22 - Konsultacja badań CT	0,01	szt.	43	0,38
088.762 - Bad. drożności żył met.Doppler	0,01	szt.	59	0,37
087.44/1 - Rtg klp PA - AMBER	0,01	szt.	32	0,32
O21.09.1134 - Przeciwciała przeciwwądrowe ANAF	0,01	szt.	56	0,32
L23.09.194 - Fosfor w surowicy	0,15	szt.	2	0,3
087.29 - Rtg kręgosłupa krzyżowo-lędźwiow	0,01	szt.	42	0,29
088.731 - USG tarczycy	0,01	szt.	20	0,28
N20.09.1136 - NSE	0,01	szt.	30	0,28
E01.087.014/1 - Oznaczanie grupy krwi układu AB0	0,03	szt.	9	0,28
O91.09.191 - Żelazo	0,14	szt.	2	0,27
089.512/12 - EKG przyłózkowe bez opisu	0,02	szt.	14	0,26
M20.09.194 - CK	0,09	szt.	3	0,26
088.771 - USG miednicy małej	0,01	szt.	31	0,23
087.43 - Rtg mostka, obojczyków i in.kości	0,01	szt.	39	0,22
U.99.0.772/3 - Posiew wymazu z rurki trach.	0,01	szt.	42	0,22
E19.087.014 - Test enzymatyczny LEN	0,02	szt.	10	0,22
E17.087.015/1 - Pośredni test antyglobulinowy	0,01	szt.	19	0,21
A17.05.20 - Kał na krew utajoną	0,01	szt.	16	0,2
E19.087.014/1 - Test enzymatyczny-met.kolumnowa	0,01	szt.	17	0,2
089.00/21 - Konsultacja badań RTG	0,01	szt.	20	0,19
089.512/1 - EKG przyłózkowe	0,01	szt.	14	0,18
I99.09.191 - Cholesterol całkowity	0,09	szt.	2	0,18
POSILEK - Wydanie posiłku BEZMLECZNA	0,02	szt.	8,55	0,16
K33.09.194 - Dehydrogenaza mleczanowa	0,08	szt.	2	0,16
099.59 - Próba tuberkulinowa PP	0,02	szt.	9	0,14
O61.09.1136 - Troponina TSTAT	0,01	szt.	23	0,13
POSILEK - Wydanie posiłku NISKOBIĄŁKOWA	0,02	szt.	8,55	0,13

K01.09.191 - Cholesterol HDL	0,03	szt.	4	0,13
K03.09.23 - Cholesterol LDL	0,03	szt.	4	0,13
K21.09.012 - RF Reumafactor	0,02	szt.	5	0,12
093.16 - Pionizacja i nauka chodu	0,03	szt.	4	0,12
E01.087.014/2 - Oznaczanie grupy krwi układu AB0	0,03	szt.	4	0,12
E01.087.014/3 - Oznaczanie grupy krwi układu Rh	0,03	szt.	4	0,12
E01.087.014/4 - Oznaczanie grupy krwi układu Rh	0,03	szt.	4	0,12
O45.09.191 - Trójglicerydy	0,06	szt.	2	0,12
C55.083.131/1 - Mikroskopowy rozmaz białych krwi	0,03	szt.	4	0,11
L55.083.1113 - Hemoglobina glikowana HbA1c	0,01	szt.	13	0,08
POSILEK - Wydanie posiłku ZIEMNIACZANA	0,01	szt.	8,55	0,07
093.13 - Ćwiczenia czynne	0,02	szt.	3	0,06
093.11 - Ćwiczenia bierne	0,01	szt.	4	0,05
U.99.772 - Posiew innych materiałów	0,01	szt.	9,31	0,05
L43.09.191 - Płyn z jam ciała - Cukier	0,03	szt.	2	0,05
I77.09.191 - Płyn z jam ciała - Białko	0,03	szt.	2	0,05
I99.09.191 - Płyn z jam ciała - Cholesterol	0,03	szt.	2	0,05
K33.09.194 - Płyn z jam ciała - LDH	0,03	szt.	2	0,05
093.21 - Masaż wibracyjny klp.	0,01	szt.	2	0,01
Średni koszt przypadku				3810,28

Załącznik 5.
Katalog grup jednorodnych grup pacjentów (JGP)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													11
grupa	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - hospitalizacja planowa	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	czas pobytu finansowany grupą	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni	wartość punktowa osobodnia ponad 2 tygodnie	diagnostyka	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	neurologia	uwagi
Choroby układu nerwowego																						
A01	Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu powstania urazu *	147			30		6															
A02	Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	127			21		6															
A03	Wszczepienie symulatora struktur głębokich mózgu	875																				warunki określone w zał. nr 3
A04	Wyminna generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu	625																				warunki określone w zał. nr 3
A11	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	236			38		6															
A12	Długie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	179			32		6															
A13	Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe	121			33		6															
A14	Male zabiegi wewnątrzczaszkowe	31	29	26			6															
A22	Długie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	223			28		6															
A23	Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	129			20		6															
A25	Zabiegi na nerwach obwodowych	94	89	80																		
A26	Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym	13	12	11																		
A31	Choroby nerwów obwodowych	40	38		22	8	3															
A32	Choroby mięśni	90			29	18	5															
A33	Zaburzenia równowagi	33	31	28		7																
A34	Guz mózgu	72			28	14	5															
A35	Choroby znyrodniowe OUN	62			23	12	5															
A38	Choroby demielinizacyjne	70			17	14	6															
A41	Choroby kwieczone naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem szklenu	939																				warunki określone w zał. nr 3
A42	Choroby kwieczone naczyń mózgowych - długi endowaskularny zabieg naprawy	584																				warunki określone w zał. nr 3
A43	Choroby kwieczone naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawy	539																				warunki określone w zał. nr 3
A44	Choroby naczyń mózgowych wymagające interwencyjnego zabiegowego *	291			41		6															warunki określone w zał. nr 3
A45	Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	59			28	12	4															
A46	Przemiążenie niedokrwienie mózgu	37			14	7																
A47	Przemiążenie niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	74			15	15	6															
A48	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	162			36		6															
A49	Udar mózgu - leczenie > 3 dni	77			27		4															
A50	Udar mózgu - leczenie < 4 dni	29																				
A55	Choroby nerwów czaszkowych	33	31		27	7	3															
A57	Choroby zapalne układu nerwowego	64			40	13	3															
A58	Erektodysplazja	44			32	9	3															
A59	Ból głowy	37	35																			
A66	Padaczka	16	15																			
A67	Padaczka - leczenie > 3 dni	77			16		6															
A76	Urazy głowy z łagodnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	30			28	6	2															
A77	Urazy głowy bez łagodnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	16																				
A86	Choroby nerwów ruchowego	81			24	16	4															
A87	Inne choroby układu nerwowego	31	29		15	6	4															
Choroby oczu																						
B01	Leczenie wyjątkowej postaci AMD wstępnieprzebiegu przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	138	131																			warunki określone w zał. nr 3
B11	Kompleksowe zabiegi w zakresie jąderza	91			12	18	6															warunki określone w zał. nr 3
B12	Usunięcie zduży powłokowej metodą emulsiyfikacji z jednoczesnym wczepieniem soczewki	71																				warunki określone w zał. nr 3

grupa	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	czas pobytu finansowany grupą	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni	wartość punktowa osobodnie ponad ryczałt finansowany grupą	infekcjologia	intensjwna terapia	angiologia	chirurgia dziecięca	chirurgia naczyńowej	chirurgia ogólna	chirurgia plastyczna	chirurgia szczękowo-żwzowa	choroby weneryczne	choroby zakaźne	dermatologia i wenerologia	diabetologia	endokrynologia	gastroenterologia	hematologia	immunologia kliniczna	kardjologia	nefrologia	neurologia	neurochirurgia	okulistyka	onkologia i hematologia dziecięca	ortopedia i traumatologia	ortopedjologia i ginekologia	pediatria	polichirurgia i ginekologia	reumatologia	transplantologia kliniczna	urologia	brak możliwości zbrnienia wymagań	uwagi	
L13	Średnie otwarte zabiegi moczowodu	49		10	10	5			X	X																												
L15	Duże endoskopowe zabiegi moczowodu	80	76	13	16	6			X	X																												
L16	Średnie endoskopowe zabiegi moczowodu	29	28	25					X	X																												
L21	Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wykorzystaniem próżni *	281		37		6			X	X																												
L22	Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka	255		42		6			X	X																												
L23	Średnie otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym	33		16	7	4			X	X																												
L24	Wywrozenie próżni odprowadzających mocz	90		41	18	4			X	X																												
L25	Duże endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym	86	82	12	17	4			X	X																												
L26	Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym	45	43						X	X																												
L27	Zaburzenia odpływu moczu	17		12	3	2			X																													
L29	Choroby pęcherza moczowego i moczowodu	20		5	4	3			X																													
L31	Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego *	102		27	20	5			X																													
L43	Przeciwnieśnięcie gruczołu krokowego	52	49	18	10	4																																
L45	Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub szyi pęcherza moczowego	16	15	14																																		
L46	Choroby gruczołu krokowego	12	11	4	2	2			X																													
L52	Duże otwarte zabiegi cewki moczowej	86		18	17	6			X																													
L53	Średnie zabiegi cewki moczowej	35	33	30					X																													
L54	Male zabiegi cewki moczowej	14	13	12					X	X																												
L62	Duże i średnie zabiegi gruczołu	62	59	53					X	X	X																											
L64	Male zabiegi gruczołu	13	12	11					X	X																												
L69	Choroby gruczołu, moczowodu i cewki moczowej	17		5	3	2			X	X																												
L72	Zabiegi moczyny, jądra, niejądra i nasieniowodu	31	29	26					X																													
L81	Leczenie nerzecznic z pmi	58		15	12	5																																
L82	Ojstra niewydolność nerek	79		29	16	5																																
L83	Przewlekła niewydolność nerek	36		22	7	3																																
L84	Inne choroby nerek	61		21	12	5																																
L85	Kamica moczowa	17		11	3	3			X	X																												
L86	Badania w zakresie dróg moczowych	11	10	9					X	X																												
L91	Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS)	563							X	X																												
L92	ESWL	18	17	15					X																													
Choroby żeńskiego układu rozrodczego																																						
M01	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego	204		50		6			X																													
M02	Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego	70		14	14	6			X																													
M03	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego	26	25	22					X																													
M04	Male zabiegi dolnej części układu rozrodczego	13	12	11					X																													
M05	Zabiegi w nietrzymaniu moczu i na szyi pęcherza moczowego u kobiet	75		11	15	6			X																													
M11	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	200		14	40	6			X																													
M12	Barzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego	110		14	22	6			X																													
M13	Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego	59	56	13	12	6			X																													
M14	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego	39	37	8		5			X	X																												
M15	Male zabiegi górnej części układu rozrodczego	18	17	15					X																													
M16	Zagrożące lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej	28	27						X																													
M17	Indukcja poronienia	26																																				
M18	Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	18		5	4	4																																
M19	Leczenie zachowawcze zaburzeń słynki narządu rodowego	18	17	5	4	4																																
Zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności prawnienia ciąży)																																						

grupa	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	czas pobytu finansowany grupą	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni	wartość punktowa osobodnia ponad 2 tygodnie finansowany grupą	interwencje i intensywne terapie	angiologia	chirurgia dziecięca	chirurgia naczyniowa	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna	chirurgia plastyczna	choroby wewnętrzne	choroby zakaźne	dermatologia i wenereologia	diabetologia	endokrynologia	gastroenterologia	geriatria	hematologia	immunologia kliniczna	kardiologia	nefrologia	neurochirurgia	neurologia	okulistyka	onkologia i hematologia dziecięca	ortopedia i traumatologia	otolaryngologia	pediatria	polichirurgia i ginekologia	reumatologia	toksykologia kliniczna	transplantologia kliniczna	urologia	brak możliwości obniżenia wymagań	uwagi		
M26	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	20	19	5	4	3																																		
M27	Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i macicy mniejszej	42	40	11	8	6																																		
M28	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw	71		16	14	6																																		
M29	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	34		16	7	5																																		
M30	Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	30		15	6	4																																		
Położnictwo i opieka nad noworodkami																																								
N01	Poród	33	31																																				warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N02	Poród mnog lub przedwczesny	46		17	9	4																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N03	Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem	56		13	11	6																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N04	Patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja < 3 dni	9																																						
N05	Patologia ciąży / porodu - diagnostyka, leczenie - > 2 dni	31		31		2																																		
N06	Patologia ciąży / porodu - diagnostyka, leczenie - > 11 dni	64		39		3																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N07	Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe	75			15																																		warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N08	Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	63			13																																		warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N10	Noworodek zdrowy	22	21																																				warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N20	Noworodek wymagający normalnej opieki	22																																					warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N21	Ciężka patologia noworodka > 30 dni	750		30		18																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N22	Noworodek wymagający intensywnej terapii	416		20	83	6																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N23	Noworodek wymagający intensywnej opieki	111		12	22	5																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N24	Noworodek wymagający szczególnej opieki	90		10	18	4																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 3 poziomu referencyjnego	
N25	Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	59		8	12	3																																	warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego	
N31	Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *	357		24		6																																	warunki określone w zał. nr 3	
N32	Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *	214		21		6																																	warunki określone w zał. nr 3	
N33	Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *	112		18		6																																	warunki określone w zał. nr 3	
N34	Małe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *	57		10		5																																	warunki określone w zał. nr 3	
N35	Leczenie wrodzonego wyczerpania *	304		22		6																																	warunki określone w zał. nr 3	
N36	Operacja przepukliny oponowo-członowej z drenażem komory mózgu *	331		24		6																																	warunki określone w zał. nr 3	
Choroby dziecięce																																								
P01	Asfiksja lub trudności w oddychaniu	38		13	8	4																																		
P02	Zwłóknienie torbielowe	125		12	25	6																																		
P03	Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	20		13	4	2																																		
P04	Choroby dolnych dróg oddechowych	36		17	7	3																																		
P05	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	95		27	19	5																																		
P06	Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	30		16	6	3																																		
P07	Nowotwory	52		19	10	4																																		
P08	Drgawki gorączkowe	17	16		3																																			
P09	Choroby układu nerwowego	22			4																																			
P10	Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	58		7	12	6																																		
P11	Powtarzające choroby zakaźkowo-pieluszkowe i metaboliczne	32		15	6	4																																		
P12	Inne zaburzenia zakaźkowo-pieluszkowe i metaboliczne	22	21	10	4	3																																		
P13	Zatrucia lub alergie	52	49	6	10	6																																		

grupa	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - hospitalizacja planowa	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	czas pobytu finansowany grupą	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni	wartość punktowa osobom nad ryczałt finansowany grupą	Uwagi
								brak możliwości obniżenia wymagań urlogia transplamtologia kliniczna toksykologia kliniczna reumatologia położnictwo i ginekologia pediatria otorynolaryngologia ortopedia i traumat nierz ruchu onkologia kliniczna onkologia i hematologia dziecięca pediatria neurologia neurochirurgia nefrologia kardiologia kardiochirurgia immunologia kliniczna hematologia gastroenterologia endokrynologia diabetologia dermatologia i wenereologia choroby zakaźne choroby wewnętrzne choroby płuc chirurgia szczękowo-twarzowa chirurgia plastyczna chirurgia onkologiczna chirurgia ogólna chirurgia naczyniowa chirurgia klatki piersiowej chirurgia dziecięca angologia anesteziologia i intensywne terapie alergologia
S41	Zatrucie ciężkie	123			20	25	6	X
S42	Zatrucie średnie	88			14	18	6	X
S43	Zatrucie lekkie	42			9	8	5	X
S51	AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	126			34	25	6	X
S52	Niedobry odporności inne niż HIV/AIDS	49			16	10	6	X
S53	Pasożycia	101			33	20	5	X
S54	Obserwacja i wstępna diagnostyka w celu wykluczenia chorób zakaźnych > 1 dnia	9				2		X
S55	Gorączka niejasnego pochodzenia	27			12	5	3	X
S57	Inne choroby wirusowe	27			17	5	3	X
S60	Choroby zakaźne niewirusowe	40			24	8	3	X
Urazy wielonarządowe								
V01	Urazy wielonarządowe i wielonarządowe 4 narządów lub okolic							X
V02	Urazy wielonarządowe i wielonarządowe 3 narządów lub okolic							X
V03	Urazy wielonarządowe i wielonarządowe 2 narządów lub okolic							X

Załącznik 6. Wzór ankiety dotyczącej szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

1. W jakim wariantcie Jednostka przygotowuje rachunek zysków i strat?
 - a. porównawczym
 - b. kalkulacyjnym
2. Czy zakładowy plan kont umożliwia Jednostce bezpośrednie przygotowanie wymaganych sprawozdań finansowych i branżowych?
 - a. tak
 - b. nie
3. Rachunek kosztów w Jednostce prowadzony jest:
 - a. zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem – wszystkie jego elementy
 - b. zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem – wybrane jego elementy, jakie?
 - i.
 - ii.
 - iii.
 - iv.
4. Ewidencja kosztów w Jednostce prowadzona jest z uwzględnieniem:
 - a. wyodrębnionych miejsc powstawania kosztów
 - b. wyodrębnionych ośrodków kosztów
 - c. tylko rodzajowego układu kosztów
5. W ośrodkach kosztów działalności podstawowej (oddziały szpitalne) nośnik kosztów stanowi:
 - a. osobodzień opieki
 - b. pacjent z przypisanymi lekami
 - c. procedura medyczna
 - d. inny, jaki?.....
6. W pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej i pomocniczej nośnik kosztów stanowi:
 - a. procedura medyczna
 - b. liczba wykonanych świadczeń / czynności
 - c. liczba punktów uwzględniająca zużycie zasobów rzeczowych i osobowych
7. Czy kalkulowane są w Jednostce koszty pacjenta?
 - a. nie
 - b. tak – z uwzględnieniem:
 - i. średniego kosztu hospitalizacji w oddziale
 - ii. każdej pozycji ICD-9 przypisanej do PESEL pacjenta
 - iii. innych nośników – jakich?.....
8. Czy dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej sporządzono wykaz procedur medycznych?
 - a. tak
 - b. nie
9. Czy określono ilość (wartość) zasobów niezbędnych do wykonania typowych procedur medycznych?
 - a. nie
 - b. tak – uwzględniając:
 - i. ilościowe zużycie zasobów rzeczowych (materiały, urządzenia)
 - ii. wartościowe zużycie zasobów rzeczowych
 - iii. czas pracy personelu medycznego
 - iv. wartościowe zużycie zasobów osobowych
10. Wyceny procedur medycznych dokonano:
 - a. nie

- b. tak
 - i. zgodnie z klasyfikacją ICD 9
 - ii. wg katalogu świadczeń szpitalnych
 - iii. w inny sposób, jaki?.....
- 11. Informacja o jednostkowym koszcie procedury medycznej stanowi podstawę:
 - a. negocjacji kontraktu z płatnikiem
 - b. porównania uzyskanej ceny z ustalonym kosztem procedury
 - c. planowania kosztów działalności
 - d. oceny efektywności wykorzystania zasobów, w tym zasobów niewykorzystanych
 - e. nie wylicza się jednostkowego kosztu procedury
- 12. Jakiego rodzaju plany przygotowywane są w jednostkach organizacyjnych Jednostki?
 - a. kosztów
 - b. przychodów
 - c. materiałów medycznych
 - d. wynagrodzeń
 - e. badań diagnostycznych
 - f. środków pieniężnych
- 13. Jakiego rodzaju raporty przygotowywane są na potrzeby zarządzających
 - a. informacje o realizacji budżetu kosztowego
 - b. informacje ilościowe (statystyczno – medyczne)
 - c. informacje o odchyleniach ilościowo wartościowych
 - d. inne – jakie?
- 14. Z jaką częstotliwością przygotowywane są w/w raporty?
 - a. raz w miesiącu
 - b. raz na kwartał
 - c. raz na 6 miesięcy
 - d. raz w roku
 - e. inny okres – jaki?
- 15. Jakiego rodzaju budżety Jednostka tworzy w ramach budżetu globalnego (wiodącego)?
 - a. sprzedaży
 - b. kosztów bezpośrednich
 - c. kosztów pośrednich
 - d. kosztu ogólnego zarządu
 - e. zakupu materiałów bezpośrednich
 - f. nakładu pracy bezpośredniej
 - g. środków pieniężnych
 - h. nakładów kapitałowych
 - i. planowany bilans
 - j. planowany rachunek zysków i strat
 - k. planowany rachunek przepływów pieniężnych
 - l. inne, jakie?.....
- 16. Czy według Państwa opinii wdrożenie systemu rachunkowości zarządczej powinno zostać powierzone podmiotom spoza jednostki?
 - a. tak
 - b. nie

Proszę uzasadnić odpowiedź