

*Czesław Beda**

RACHUNEK KOSZTÓW W ZARZĄDZANIU ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. POJĘCIA OGÓLNE

Wprowadzona z dniem 1 stycznia 1999 r. reforma w opiece zdrowotnej w istotny sposób wymusza zmodyfikowanie zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej. Szczególnie dotyczy to zmian systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W nowym modelu finansowania opieki zdrowotnej niezbędny jest system informacji o kształtowaniu się kosztów w celu efektywnego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej w warunkach gospodarki rynkowej. Całość kosztów składa się z dużej liczby różnorodnych pozycji analitycznych, które tworzą strukturę kosztów¹. Poszczególne elementy całości kosztów różnią się między sobą wieloma cechami. Całość kosztów należy sklasyfikować według określonych kryteriów, aby poznać ich strukturę, która jest niezbędna przy ewidencji analitycznej oraz dla potrzeb kontroli i analizy. Bez klasyfikacji kosztów nie można budować rachunku kosztów, a tym samym ustalenia kosztu jednostkowego.

Koszty można sklasyfikować następująco:

- ze względu na strukturę i treść ekonomiczną: proste i złożone,
- ze względu na powiązania kosztów z procesem pracy na: podstawowe i ogólne,
- ze względu na powiązania kosztów z efektami procesu pracy na: bezpośrednie i pośrednie,
- ze względu na zmienność kosztów: stałe i zmienne,
- według typów działalności: eksploatacyjne, inwestycyjne, finansowo wyodrębnione.

* Adiunkt w Katedrze Bankowości i Finansów UŁ.

¹ F. Matuszewicz, *Rachunek kosztów*, Finans-Servis, Warszawa 1995.

Koszty proste są to koszty rodzajowo jednorodne niepodlegające dalszemu podziałowi rodzajowemu w danej jednostce. Koszty proste nie mogą być dzielone na rodzaje kosztów. Można je dzielić na elementy analityczne. Z kolei do **kosztów złożonych** zalicza się takie koszty zużycia, które wewnątrz danej jednostki organizacyjnej dadzą się rozłożyć na koszty proste. Obejmują one koszty usług wewnętrznych jednostki (usługi transportowe, usługi remontowe itp.).

Koszty podstawowe to koszty nierozłącznie związane z samym procesem świadczenia usług zdrowotnych, bez których proces ten jest niemożliwy. **Koszty ogólne** są uwarunkowane organizacją procesu pracy, a więc związane z obsługą, kontrolą i kierowaniem procesami działalności merytorycznej.

Koszty bezpośrednie to koszty indywidualne poszczególnych efektów pracy, które na podstawie dokumentacji źródłowej można zaliczyć do określonego rodzaju działalności gospodarczej jednostki, odpowiedniej fazy (usługi medyczne, zaopatrzenie itp.) lub rodzaju usług medycznych w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

Do kosztów bezpośrednich zalicza się:

- koszty zużycia materiałów zgodne z cenami nabycia,
- wynagrodzenie wraz z narzutami pracowników zatrudnionych przy wytwarzaniu w zakładach opieki zdrowotnej usług medycznych i innych usług, które można określić na podstawie dokumentów źródłowych,
- inne koszty bezpośrednie, jak: koszty leków, odczynników chemicznych itp.

Koszty pośrednie to koszty wspólne nie dające się odnieść wprost na podstawie dokumentów źródłowych na zakontraktowane usługi medyczne. Rozliczamy te koszty w sposób umowny za pomocą tzw. kluczy. Do kosztów pośrednich zaliczymy również takie, których ze względu na dużą pracochłonność rozliczeń nie opłaca się rozdzielać na poszczególne usługi medyczne. Powoduje to, że koszty pośrednie są łączone w grupy i rozliczane na poszczególne wyroby za pomocą tzw. kluczy rozliczeniowych. Podział kosztów na pośrednie i bezpośrednie stanowi podstawę układu kalkulacyjnego kosztów umożliwiającego badania i ocenę struktury oraz całości kosztów jednostki gospodarczej. Również odgrywa ogromną rolę, gdyż od tego zależy stopień działalności obliczeń kosztu jednostkowego.

Różne składniki kosztów kształtują się w zależności od wahań rozmiarów efektów działalności, a reagujące na zmiany rozmiarów działalności jednostki określa się **kosztami zmiennymi**. Natomiast koszty, które charakteryzują się niezależnością od rozmiarów działalności nazywamy **kosztami stałymi**. Podział kosztów na stałe i zmienne wykorzystywany jest

szczególnie przy badaniu dynamiki kosztów, kiedy zachodzi konieczność wykrywania przyczyn oddziaływających na wysokość poszczególnych pozycji kosztów².

W nowym modelu finansowania zakładów opieki zdrowotnej rachunek kosztów powinien zapewnić:

- pomiar i wycenę kosztów związanych z zakupem, posiadaniem i użyciem czynników produkcji,
- ujęcie na podstawie dokumentów rzeczowego przebiegu procesów zaopatrzenia i świadczenia usług zdrowotnych,
- grupowanie kosztów w różnych przekrojach uwzględniających przekształcenie informacji o kosztach zaangażowanych czynników produkcji w informacji o kosztach wytworzonych usług medycznych.

Zadaniem rachunku kosztów jest ujęcie, podział, rozliczanie i interpretowanie kosztów i przychodów towarzyszących podejmowanemu w zakładzie procesowi tworzenia i sprzedaży usług w celu:

- porównania za wybrany okres wielkości zużycia i przyrostu substancji składników majątku wycenionego w jednostkach pieniężnych, z tytułu wytworzenia i sprzedaży usług medycznych,
- przygotowanie na podstawie informacji o kosztach własnych usług medycznych kalkulacji ceny umożliwiającej ustalenie jej minimalnego i maksymalnego poziomu.

2. ZARZĄDZANIE FINANSAMI W OPIECE ZDROWOTNEJ

Dokonane zmiany w systemie funkcjonowania opieki zdrowotnej postawiły przed jednostkami świadczącymi usługi medyczne i ich menedżerami nowe wyzwania związane z oddzielaniem finansowania opieki zdrowotnej od świadczenia usług medycznych przez decentralizację modelu organizowania opieki zdrowotnej. Zmiany w systemie przez wyodrębnienie funkcji płatnika i oddzielanie jej od funkcji świadczenia usług dokonywały się stopniowo z wykorzystaniem umów cywilnoprawnych zawieranych przez wojewodów z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej to jednostka, która posiada osobowość prawną i jest podmiotem gospodarczym prowadzącym własną gospodarkę finansową według zasad określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej³. W ten sposób jeszcze przed wdrożeniem ustawy o powszechnym

² F. Gajek, *Nowy rachunek kosztów w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Zey-Text, Warszawa 1999.

³ DzU 1991, nr 91, poz. 408.

ubezpieczeniu zdrowotnym w 1997 r.⁴ płatnik i usługodawca stali się odrębnymi jednostkami, których współdziałanie regulowały stosowne umowy. Przy funkcjonowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej odpowiedzialność za planowanie i wynik finansowy przeszła na te zakłady. Konkurencja wśród świadczących usługi z zakresu opieki zdrowotnej stanowi niezwykle silny mechanizm przejęty z doświadczeń wolnego rynku wymuszającego zmiany w sposobie i jakości świadczenia usług, a przez to wywiera stały nacisk na zarządzających tymi zakładami w kierunku obniżenia kosztów oraz uwzględnienia potrzeb pacjentów i płatnika. Po wprowadzeniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym konkurencja wolnorynkowa wystąpiła wewnątrz sektora publicznego między samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (zoz), jak również na płaszczyźnie: sektor publiczny – sektor prywatny. Podmioty gospodarcze (publiczne i niepubliczne) świadczące usługi medyczne mają prawo do swobodnego decydowania o sposobie i jakości świadczonych usług przy założeniu utrzymania płynności finansowej⁵ i pozytywnego wyniku finansowego. Decentralizacja oraz urynnowienie usług zdrowotnych wymuszają polepszenie umiejętności zarządzania w zakresie: planowania i podejmowania decyzji. Wprowadzenie systemu kontraktowania usług medycznych radykalnie zmieniającego dotychczasowy system finansowania jednostek opieki zdrowotnej, zmiany zasad przyjmowania ubezpieczonych w podstawowej opiece zdrowotnej (poz), dynamizuje całe otoczenie, w jakim te jednostki działają, a tym samym zwiększa się ryzyko utrzymania się na rynku. Duże jednostki opieki zdrowotnej z nadmiernie rozbudowaną infrastrukturą coraz dotkliwiej odczuwają negatywne efekty finansowe w związku z szybko rosnącymi kosztami eksploatacji. Innymi słowy można stwierdzić, że samodzielne zakłady opieki zdrowotnej muszą zacząć analizować, adaptować i wprowadzać do procedury zarządczej narzędzie stosowane w działalności ekonomicznej przedsiębiorstw dochodowych. Podmiot świadczący usługi medyczne, podejmując ryzyko kontraktowania usług, musi przyjąć bardzo aktywną postawę w zakresie badania rynku na te usługi, pozyskiwania pacjentów i zleceń na świadczenie usług zdrowotnych. Skuteczność realizacji tych zadań uzależniona jest od efektów w zakresie obniżenia kosztów zaangażowania w procesie podniesienia jakości usług oraz zadowolenia pacjentów. Zakłady opieki zdrowotnej stoją wobec problemu pozyskania jak największej liczby klientów w stosunku do wielkości jednostki. Podpisywane przez zakłady kontrakty mogą stać się przedmiotem renegotjacji lub mogą być wypowiedziane przez płatnika, jeżeli dostarczone przez zakład usługi nie będą odpowiadać określonym oczekiwa-

⁴ DzU 1997, nr 28, poz. 153.

⁵ W. Bień, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 1999.

niom ubezpieczonych. Sytuacja taka może doprowadzić do upadłości zakładu, co w sytuacji rozrośniętej infrastruktury opieki zdrowotnej nie wydaje się perspektywą nierealną. W obowiązujących obecnie warunkach w Polsce oferuje się już ceny usług medycznych i możliwość kontraktowania z różnymi płatnikami oraz różnymi dostawcami usług. Menedżerowie mają niewielki wpływ na wielkości wynikające z otoczenia, jak ilość hospitalizowanych czy liczbę udzielonych porad. Menedżer kontrolujący te wielkości oraz znający możliwości pozyskiwania środków finansowych, będzie dążył do wykorzystania ich w sposób najbardziej efektywny, przy optymalizacji kosztów całej jednostki organizacyjnej.

3. MODEL RACHUNKU KOSZTÓW STAŁYCH I ZMIENNYCH

Zachowanie się kosztów względem działalności usług medycznych pozwala wyróżnić kategorię kosztów stałych i zmiennych⁶. Koszty zmienne zmieniają się wraz ze zmianami wielkości usług, natomiast koszty stałe pozostają na tym samym poziomie bez względu na wzrost lub zmniejszenie działalności. Rozmiary produkcji usług medycznych są wyrazem wysiłku włożonego w danej jednostce gospodarczej w produkcję usług i stanowią one czynnik przyczynowy ponoszenia kosztów zmiennych.

Zrozumienie istoty kosztów stałych i zmiennych, czyli zależności kosztów od rozmiarów, wiąże się ściśle z uświadomieniem sobie zjawiska zależności kosztu jednostkowego produkcji usług medycznych od stopnia wykorzystania zdolności usługowej oraz od udziału kosztów zmiennych i stałych w koszcie łącznym produkcji. Koszt jednostkowy usługi nie jest wielkością stałą. Jego poziom zależy od wielkości produkcji oraz od struktury kosztów stałych i zmiennych. Można przyjąć, że pełny koszt usług zdrowotnych składa się z kosztów zmiennych proporcjonalnie oraz bezwzględnie stałych, koszt zmienny przypadający na jednostkę produkcji usług będzie wielkością stałą, a koszt stały na jednostkę będzie się zmieniał. Wzrost produkcji usług spowoduje zmniejszenie się kosztu stałego na jednostkę, spadek produkcji usług zdrowotnych – jego zwiększenie. Koszt jednostkowy łączny będzie się zmniejszał wraz ze zwiększeniem liczby jednostek usług (porad – osobodni, leczonych itp.), a spadek spowoduje jego wzrost. Warto zauważyć, że od dłuższego czasu obserwuje się w działalności służby zdrowia wzrost kosztów stałych w stosunku do kosztów zmiennych. Przyczyny są dość zróżnicowane, ale można przyjąć, że:

⁶ I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, UWM Vesalius, Kraków 1999.

– rośnie rola automatyzacji i elektroniki, a tym samym następuje wzrost kosztów amortyzacji, konserwacji, opłat leasingowych, nadzoru itp.

– związki zawodowe dążą do gwarantowanego poziomu wynagrodzeń i skracania czasu pracy.

Rachunek kosztów zmiennych ma charakter kosztów częściowych i jest to system rachunku, w którym obiektom kalkulacyjnym przypisuje się koszty zmienne, natomiast koszty stałe wytwarzania usług medycznych traktuje się jako koszty utrzymania gotowości produkcyjnej. Eliminuje się w ten sposób wadę rachunku kosztów pełnych polegającą na proporcjonalności kosztów stałych poprzez ich umowne rozliczanie pomiędzy poszczególne obiekty.

Model rachunku kosztów zmiennych jest ściśle powiązany z modelem rachunku wyniku⁷.

Przychody ze sprzedaży – koszty zmienne sprzedanych usług = nadwyżka cenowa.

W rachunku kosztów zmiennych pojawia się **nadwyżka cenowa** nazywana też **marżą brutto** lub **kwotą pokrycia**, która jest przydatna w opisywaniu rentowności produkcji. Można ją wyrażać jednostkowo (n_c) lub też w ujęciu globalnym (N_c) dla określonej sprzedaży.

W zapisie matematycznym przedstawia się ona następująco:

$$n_c = c_j - kz_j$$

$$N_c = i(c_j - kz_j) \text{ lub } N_c = P - Kz,$$

gdzie:

c_j – cena sprzedaży produktu,

kz_j – koszt zmienny na jednostkę usługi,

i – wielkość produkcji usług,

Kz – koszty zmienne produkcji sprzedanej,

P – przychody ze sprzedaży

Podział kosztów na stałe i zmienne jest konieczny w świetle potrzeb rachunku decyzyjnego. W systemie rachunku kosztów zmiennych dane kosztowe potrzebne do planowania w usługach medycznych nadwyżki przychodów nad kosztami i podejmowania decyzji są łatwo osiągalne na kontach i w sprawozdaniach.

⁷ G. Świdorska (red.), *Rachunkowość zarządcza (ABC rachunkowości dla menadżera)*, Poltex, Warszawa 1998.

4. PROCES PLANOWANIA ROZMIARU DZIAŁALNOŚCI

Proces planowania w jednostkach opieki zdrowotnej rozpoczyna się od określenia podstawowych zadań w okresie najbliższego roku kalendarzowego. Szczególnie należy określić założenia ekonomiczne, a także zakres oferowanych usług (specjalizacja itp.) w odniesieniu do całej jednostki organizacyjnej (zoz, szpital, poz itp.). Tworząc plan ilościowy należy pamiętać, że w sektorze ochrony zdrowia wielkość popytu na oferowane usługi jest względnie stała i stosunkowo łatwa do przewidzenia, aktywność ograniczają natomiast limity środków finansowych przekazywane w kontraktach przez regionalne i branżowe kasy chorych. Planowanie i podejmowanie decyzji w jednostce opieki zdrowotnej wymaga badania wpływu rozmiarów działalności na koszty, przychody i ostateczny wynik finansowy. Cała analiza opiera się na badaniu⁸: produkcji usług medycznych, kosztów, nadwyżki przychodów nad kosztami, i opiera się na poniższym równaniu:

$$Z = P - K,$$

gdzie:

Z – nadwyżka przychodów nad kosztami,

P – przychód,

K – koszty.

Zysk ze znakiem ujemnym oznacza stratę S .

Wyraźmy przychody w następujący sposób:

$$P = c_j \cdot i,$$

gdzie:

c_j – cena sprzedaży,

i – wielkość sprzedanych usług zdrowotnych.

Koszty zapiszmy według poniższego wzoru:

$$K = K_s + k_{z_j} \cdot i.$$

Ostatecznie formuła zysku będzie miała postać:

$$Z = c_j \cdot i - (K_s + k_{z_j} \cdot i),$$

$$Z = i(c_j - k_{z_j}) - K_s.$$

⁸ S. Chwierut, M. Kulis, W. Styło, S. Wójcik, *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, UWM Vesalius, Kraków 2000.

Jednocześnie trzeba wziąć pod uwagę, że jednostki opieki zdrowotnej nie pracują dla maksymalizacji zysku, lecz dla maksymalizacji celów społecznych, a ich wynik finansowy ma być zrównoważeniem przychodów z kosztami, czyli $Z = 0$, a wtedy:

$$Ks = i(c_j - kz_j).$$

Przekształcając odpowiednio równanie zysku ustala się formuły matematyczne na wyznaczenie innych wielkości:

1) wielkości produkcji, przy której przychody będą równe kosztom

$$i = \frac{Ks}{c_j - kz_j},$$

2) ceny sprzedaży, która zapewni zrównoważenie przychodów z kosztami przy określonych rozmiarach produkcji usług

$$c_j = \frac{Ks}{i} + kz_j.$$

W celu prawidłowego określenia rozmiaru działalności zapewniającego pokrycie kosztów w ramach realizacji zadań jednostki organizacyjnej należy przeprowadzić analizę prognozy rentowności⁹. Przez **próg rentowności** w odniesieniu do rynku usług medycznych należy rozumieć taką ilość zakontraktowanych usług, przy której całkowity zysk zakładu równy jest 0, a oznacza to, że osiągnięte przychody pokrywają koszty zmienne tych usług i koszty stałego okresu, w którym zostały one sprzedane. Próg rentowności określa się nieraz jako **punkt krytyczny**.

Każda jednostka produkcji powyżej progu rentowności przynosi zysk, ponieważ nie musi uczestniczyć w pokrywaniu kosztów stałych, natomiast każda jednostka poniżej tej wielkości krytycznej przynosi stratę.

Model prognozy rentowności zbudowany dla działalności jednorodnej można zastosować do kontraktowania usług zdrowotnych w poz. typowych dla rachunku krótkookresowego. Wówczas:

- w analizie występuje tylko jeden rodzaj produktu (ubezpieczony zapisany do lekarza na podstawie deklaracji),
- wielkość produkcji (ilość zapisanych) jest jedynym czynnikiem wpływającym na koszty, nie występuje w ciągu roku obliczeniowego zmiana cen,

⁹ J. Wernut, *Rachunkowość zarządcza. Rachunek kosztów i wyników w podejmowaniu decyzji*, ODDK, Gdańsk 1995.

– wszystkie koszty są podzielone na bezwzględnie stałe i zmienne, proporcjonalne do wielkości produkcji.

Zakład opieki zdrowotnej składający ofertę na wykonywane usługi medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinien opracować taką symulację ekonomiczną, w której liczba sprzedanych jednostek produktu pomnożona przez jednostkową nadwyżkę cenową zapewni pokrycie kosztów stałych i zmiennych. W symulacji tej należy obliczyć próg rentowności w wyrażeniu wartościowym, który określi, jaki przychód trzeba osiągnąć, aby pokryć koszty. W metodzie analizy rentowności występuje wskaźnik pokrycia (Wp), który informuje, jaka część przychodu (ceny jednostkowej) pozostaje po odjęciu kosztów zmiennych (jednostkowego kosztu zmiennego) sprzedanej produkcji na pokrycie kosztów stałych okresu (przed progiem rentowności) i na zysk (za progiem rentowności). Na przykład $Wp = 0,37$ oznacza, że 37% przychodu pozostaje po pokryciu kosztów zmiennych na pokrycie kosztów stałych i ewentualny zysk.

$$Wp = 1 - \frac{kz_j}{c_j}$$

Wskaźnik pokrycia pomnożony przez przychód ze sprzedaży daje kwotę pokrycia, z której pokrywa się koszty stałe i zapewnia ewentualny nieplanowany zysk. Tę samą kwotę pokrycia można ustalić mnożąc jednostkową nadwyżkę cenową (n_c) przez liczbę sprzedanych produktów (rodzaj usługi). W ten sposób przeprowadzona symulacja ekonomiczna i badanie progu rentowności przed podpisaniem kontraktu z kasą chorych umożliwi uzyskanie informacji o wstępnym wyniku finansowym, jaki jest możliwy do osiągnięcia w roku rozliczeniowym. Podmiot gospodarczy przed przystąpieniem do opracowania planu finansowego na rok rozliczeniowy (kontraktowy) powinien posiadać wiedzę o wielkości produkcji (liczbie zapisanych ubezpieczonych na liście bazowej, opartej na deklaracjach wypełnionych i podpisanych przez ubezpieczonych). Koszty zmienne i koszty stałe powinny być określone w sposób precyzyjny.

Posiadając te dane liczbowe oferent powinien zaplanować:

- liczbę ubezpieczonych (deklaracji), które pozwolą mu znaleźć się w progu rentowności,
- przychody, jakie należy osiągnąć w celu pokrycia kosztów zmiennych leczenia pacjentów i kosztów stałych gabinetu (przychodni),
- wskaźnik pokrycia.

Po zakończeniu negocjacji zoz może podjąć świadome decyzje o podpisaniu kontraktu zobowiązującego do świadczenia usług zdrowotnych z ewentualnym dążeniem do sfinalizowania założeń przedstawionych w obliczaniu progu rentowności.

Przy rozpatrywaniu produkcji (usług) jednorodnych nie występują komplikacje jak przy rozszerzonych założeniach w warunkach produkcji (usług) mieszanej w szpitalu. W przypadku produkcji wieloasortymentowej próg rentowności można wyznaczyć tylko dla określonej struktury. Zmiana struktury zmienia miejsce progu rentowności. Biorąc pod uwagę, że na ogół trudno jest znaleźć wspólną miarę, wyrażoną w jednostkach naturalnych (liczba leczonych, liczba osobodni itp.), dla określenia wielkości produkcji mieszanej w szpitalu, obliczenia zostaną dokonane w ujęciu wartościowym. Wartościowy próg rentowności przedstawia się następująco:

$$PR_w = \frac{K_s}{W_p}$$

Średni wskaźnik pokrycia (W_p) informuje, jaka część przychodów ze sprzedaży pozostanie po pokryciu kosztów zmiennych w odniesieniu do wszystkich usług w poszczególnych oddziałach szpitalnych, przy określonym udziale tych usług w przychodzie:

$$W_p = \frac{\sum_{i=1}^n n_{c_i} \cdot i_i}{\sum_{i=1}^n c_{i_i} \cdot i_i}$$

Można przyjąć, że im większy będzie udział usług (produkcji) z wyższym wskaźnikiem niż przeciętny, tym szybciej osiągnie się punkt krytyczny, przy niższym przychodzie ze sprzedaży.

W warunkach symulacji ekonomicznej usług mieszanych w oddziałach szpitalnych należy określić, o ile mogą spaść przychody ze sprzedaży zanim zostanie osiągnięty próg rentowności, a szpital znajdzie się w strefie strat. Określi to wartościowo odcinek bezpieczeństwa, który im jest dłuższy, tym korzystniejsza jest sytuacja szpitala:

Odcinek bezpieczeństwa = przychody ze sprzedaży – próg rentowności.

Stosunek odcinka bezpieczeństwa do całkowitych przychodów ze sprzedaży nazywamy współczynnikiem bezpieczeństwa, który określa, o ile procent mogą spaść przychody ze sprzedaży zanim jednostka zacznie przynosić straty. Chcąc podejmować prawidłowe decyzje przy założeniach planu finansowego kierownictwo szpitala lub zoz musi znać rentowność poszczególnych dziedzin działalności.

Analiza punktu krytycznego (progu rentowności) powinna być wykorzystana do określenia minimalnej liczby usług w oddziałach szpitalnych oraz dostarczyć informacji dla podejmowania optymalnych decyzji, oraz może pozwolić lepiej oceniać możliwości osiągnięcia nadwyżki przychodów nad kosztami i eliminacji strat.

Czesław Beda

COST ACCOUNT IN HEALTHCARE MANAGEMENT

The above-presented analysis of the profitability threshold as well as fixed and variable cost models is absolutely necessary for a rational management of financial resources that medical units have at their disposal. Limited pecuniary means that medical institutions have should encourage managers in these units to a wider use of a cost account and cost information in the management process. At the same time after such knowledge has been achieved one should analyse this information to utilise it for managing an institution at different levels. Therefore cost account systems in medical institutions should be constantly improved to reach a rationalisation of offered medical services in medical and economic terms. One should adopt a policy where an economic analysis of a financial plan is carried out before a decision is taken and before the plan is implemented rather than analyse the consequences of an already taken decision which is usually characterised by a negative economic result.

Having introduced decentralisation in the management of healthcare institutions and implemented privatisation processes, economic analyses are crucial for contracts that are concluded between a service provider and a payer upon some negotiations. Present experience lets us assume that contracting in healthcare is understood as one of the system improvement mechanisms. A system, which accepts competition in the healthcare market and thus stimulates efficiency through eliminating excess production and restricts cost increase.