

Izabela Rydlewska*

STRUKTURA ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA
REJONOWYCH PRZYCHODNI PRZEMYSŁOWYCH W POLSCE

Analiza źródeł finansowania opieki zdrowotnej staje się coraz bardziej uzasadniona ze względu na konieczność racjonalizacji gospodarki środkami pieniężnymi. Z tego powodu trzeba odpowiedzieć na pytanie, jakim celom ma służyć owa analiza źródeł finansowania. Są to:

- 1) dostarczenie informacji o rozmiarach wydatków pochodzących z różnych źródeł finansowania w powiązaniu z ustalonymi zadaniami;
- 2) ustalenie struktury planowanych wydatków pochodzących z poszczególnych źródeł finansowania na podstawie diagnozy sytuacji bieżącej;
- 3) uzasadnienie zmian proporcji udziału poszczególnych źródeł w finansowaniu określonej działalności;
- 4) uzupełnienie rachunku kosztów.

W Polsce nakłady na przemysłową służbę zdrowia pochodzą z dwóch zasadniczych źródeł: budżetu i przedsiębiorstw przemysłowych.

Obowiązujące zasady finansowania przemysłowej służby zdrowia (psz) przez przedsiębiorstwa zostały uregulowane uchwałą nr 353 Rady Ministrów z 19.11.1962 r. oraz zarządzeniem ministra finansów z 24.10.1963 r. Zgodnie z treścią wymienionych aktów prawnych przedsiębiorstwo, przy którym istnieje placówka psz jest zobowiązane do pokrywania następujących rodzajów wydatków przeznaczonych na: inwestycje związane z budową lub rozbudową lokali dla zakładów przemysłowej służby zdrowia, które są realizowane łącznie z budową lub rozbudową przedsiębiorstwa i pochodzą z funduszu rozwoju; budowę lub rozbudowę lokali dla przemysłowej służby zdrowia finansowanych z fundu-

* Mgr, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

szów przeznaczonych na inwestycje socjalno-kulturalne; remonty z funduszu inwestycyjno-remontowego, a w przypadku remontów bieżących - ze środków obrotowych. Ponadto zakłady pracy są zobowiązane pokrywać koszty pierwszego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz w sprzęt gospodarczy. Pokrywają one także wydatki na: utrzymanie lokali zakładów przemysłowej służby zdrowia w odpowiednim stanie higienicznym i technicznym; zapewnienie fachowym pracownikom przemysłowej służby zdrowia na pełnych etatach korzystania ze świadczeń przewidzianych dla pracowników zakładu pracy; organizowanie laboratoriów, badań środowiskowych, ośrodków rehabilitacji zawodowej, pracowni psychologii i fizjologii pracy; płace personelu poza fachowymi pracownikami psz; drobne naprawy i konserwację sprzętu i aparatury; bieżące zaopatrzenie w potrzebne materiały i części aparatury medycznej. Wszystkie pozostałe wydatki są pokrywane ze środków pochodzących z budżetu państwa. Należą do nich kwoty na pokrycie płac personelu medycznego, wyposażenie w materiały opatrunkowe, leki pierwszej pomocy, odczynniki itp. Specyfika źródła finansowania, jakim są środki przedsiębiorstw polega na tym, że są one powiązane z całą gospodarką finansową przedsiębiorstwa. Wokół tego zagadnienia narodziło już szereg opracowań, które proponują różne nowe rozwiązania systemu finansowania przemysłowej służby zdrowia¹ w zakresie przyszłych proporcji i rodzajów wydatków przedsiębiorstw i budżetu państwa. Problematyka systemu finansowania przemysłowej służby zdrowia była przedmiotem różnych dyskusji naukowych. W literaturze² rozważa się propozycje ograniczenia zakresu działalności psz, stawiając za punkt wyjścia motywy jej wyodrębnienia. Przyjmuje się, że nadrzędną przyczyną powstania tej formy działalności w przedsiębiorstwach było występowanie chorób zawodowych związanych z warunkami istniejącymi w miejscu pracy oraz dążenie do zapewnienia pracownikom dostępnej i wszechstronnej opieki profilaktycz-

¹ Problem ten poruszają np.: J. Kaleta, *Finanse przedsiębiorstw w warunkach reformy gospodarczej*, PWE, Warszawa 1985; *Usługi społeczne*, red. A. Łukaszewicz, PWE, Warszawa 1984; *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, red. J. Chechliński, K. Piotrowska, PWE, Warszawa 1979; J. Indulski, L. Szymborski, C. Włodarczyk, T. Gdulewicz, *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*, "Zdrowie Publiczne" 1981, nr 11.

² *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, red. J. Chechliński, K. Szymańska-Piotrowska, PWE, Warszawa 1979, s. 230-234.

no-leczniczej w tych gałęziach gospodarki, gdzie następuje styczność z warunkami szkodliwymi i uciążliwymi dla zdrowia. Ponadto postuluje się rozszerzenie działalności profilaktycznej w ramach bieżącego nadzoru nad środowiskiem pracy. Nie jest jednak tajemnicą, że w praktyce przedstawione zadania zostają ograniczone na rzecz spontanicznie zgłaszających się do lekarzy przemysłowych chorych pacjentów. Wydaje się zatem, że główny wysiłek powinien zostać skierowany na wzmocnienie działalności profilaktycznej oraz działalności leczniczej w zakresie schorzeń powstałych w wyniku pracy w warunkach niekorzystnych dla zdrowia w miejscu pracy.

Działanie na rzecz tak pojętego celu działalności psz może przebiegać na wielu płaszczyznach, w tym m. in. w sferze finansowania placówek ochrony zdrowia przez organizacje gospodarcze.

To, że partycypacja przedsiębiorstw w pokrywaniu kosztów działalności na rzecz zdrowia pracowników jest ze wszech miar pożyteczna, nie podlega dyskusji. Wątpliwości rozpoczynają się w momencie określania zakresu udziału w utrzymaniu placówek opieki zdrowotnej. Fakt, iż wydatki zakładów pracy na ochronę zdrowia swoich pracowników mają niejako charakter inwestycyjny i odzwierciedlają pełne koszty siły roboczej przemawia również za pozostaniem przy tej formule.

Rozpatruje się także możliwość wyodrębnienia funduszu budżetowego tworzonego z wpłat organizacji gospodarczych, którego przeznaczeniem byłyby wydatki na ochronę zdrowia zatrudnionych w gospodarce narodowej³. Jako podstawę wpłat przedsiębiorstw przyjęto by wielkość zatrudnienia, uniezależniając je od funduszu płac. Podobną zasadę wprowadzono od 1.01.1987 r. w stosunku do wpłat na fundusz socjalny, z którego nie są jednak pokrywane koszty opieki zdrowotnej⁴. Przemysłowa służba zdrowia takiego rozwiązania jeszcze się nie doczekała. Z drugiej zaś strony wyodrębnienie funduszu parabudżetowego nasuwa obawę związaną z nadmierną liczbą opłat obciążających przedsiębiorstwo. Kwestia ta pozostaje wciąż nie rozstrzygnięta.

Po latach dyskusji i sporów na ten temat wyłoniły się, w ramach

³ Problem ten poddaje dyskusji w swoim artykule Z. Piroski, "Budżet a finansowanie działalności nieprodukcyjnej", "Studia Finansowe" 1969, nr 7-8.

⁴ T. Komorniczak, Nowa ustawa o zakładowym funduszu socjalnym i mieszkaniowym w jednostkach gospodarki uspołecznionej, "Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1987, nr 2.

projektu reformy w ochronie zdrowia, propozycje co do zakresu udziału przedsiębiorstw przemysłowych w finansowaniu psz. Dwa z nich całkowicie przeciwstawne dotyczą pokrywania przez przedsiębiorstwa całkowitych kosztów zaliczanych w koszty obrotowe - z jednej strony oraz utrzymanie zasad dotychczas obowiązujących - z drugiej strony, przy założeniu skądinąd słusznym, ograniczenia funkcji psz do działalności profilaktycznej.

Ponadto Zespół XIII Komisji ds. Reformy Gospodarczej wysunął propozycję, aby koszty funkcjonowania placówek przemysłowej służby zdrowia, które nie działają w miejscu narażenia zawodowego, były pokrywane jedynie z zysków zakładów pracy⁵. Efektem tego mogłoby stać się ściśle powiązanie psz z przedsiębiorstwami poprzez finansowanie jej z zysku, a nie jak dotąd ze środków obrotowych. Dlatego też należy opowiedzieć się za stworzeniem, z określonej części zysku, funduszu świadczeń bytowych załogi. Propozycja ta wyłoniła się na gruncie krytyki dotychczasowych rozwiązań⁶, które sankcjonowały finansowanie kosztów świadczeń medycznych udzielanych tylko pewnej grupie pracowników poprzez stosowanie wyższych cen wyrobów finalnych przedsiębiorstw.

Konfrontacja tych stanowisk wymaga stwierdzenia, jaki jest rzeczywisty obraz sytuacji w omawianym zakresie. Ponieważ do tej pory nie prowadzono w Polsce badań empirycznych poświęconych tym zagadnieniom, to nie można było wykorzystać ich rezultatów.

Z tego względu przed wyprowadzeniem wniosków oceniających wydaje się celowe przedstawienie zasadniczych wyników badania empirycznego typu case-study w placówkach psz, które są finansowane nie tylko z budżetu państwa. Przy doborze tych placówek kierowano się możliwością dokonania porównań proporcji środków finansowych, pochodzących z poszczególnych źródeł ich pokrycia. Zgodnie z zasadami finansowania przychodni przyzakładowych⁷ koszty bieżące były, zgod-

⁵ K. Tymowska, C. Włodarczyk, Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej, [w:] Usługi społeczne, red. A. Łukaszewicz, PWE, Warszawa 1984, s. 131-132.

⁶ K. Tymowska, Problemy rachunku kosztów w służbie zdrowia, stan badań, wybrane rozwiązania eksperymentalne, doświadczenia innych państw europejskich w zakresie finansowania służby zdrowia, Prace Zakładu Budżetu Państwa, Instytut Finansów, Warszawa 1975.

⁷ Uchwała nr 353 Rady Ministrów 19.11.1962 r. w sprawie udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu opieki nad zdrowiem pracowników, "Monitor Polski" 1962, nr 82, poz. 384; Zarządzenie ministra

nie z przyjętymi zasadami ogólnymi, finansowane z dwóch źródeł: budżetu terenowego oraz środków przedsiębiorstw przemysłowych. Partycypacja pierwszego z nich kształtowała się na poziomie 51,6% dla wszystkich przychodni przyzakładowych, a drugiego odpowiednio - 48,4% (tab. 1). W odniesieniu do poszczególnych przychodni proporcje te są zróżnicowane.

T a b e l a 1

Koszty bieżące przychodni zakładowych
wg źródeł finansowania (w %)

Przychodnia przyzakładowa	Koszty	
	ogółem	pokrywane ze środków budżeto- wych
P1	100	57,4
P2	100	34,0
P3	100	46,6
P4	100	66,3
P5	100	67,9
P6	100	46,1
Przeciętnie	100	51,6

Ź r ó d ł o: Obliczenia własne.

Udział budżetu terenowego w finansowaniu kosztów bieżących ogółem wahał się od 34% w przychodni P2 do 67,9% w przychodni P5. Rozbieżność między wielkościami ekstremalnymi wydaje się zastanawiająca, gdyż stanowi ona aż 33,9 punkta procentowego. Jest to konsekwencją zróżnicowanego udziału budżetu w pokryciu kosztów bezpośrednich (P2 - 44,6%, P5 - 82,7%) (tab. 2), a to z kolei zostało spowodowane wysokim udziałem budżetu w pokryciu kosztów pracowników medycznych przychodni P5 (tab. 3) oraz znacznie niższym udziałem w finansowaniu bezpośrednich kosztów rzeczowych (P2) (tab. 4). Nie jest to jednak skutkiem zatrudnienia i opłacania najliczniejszej grupy pracowników medycznych w tej przychodni, ale odwrotnie, najmniejszej liczby pracowników. Z kolei udział przedsiębiorstw przemysłowych w finansach z 24.10.1963 r. w sprawie szczegółowych zasad finansowania w zakresie udzielania przez zakłady przemysłowe na rzecz zakładów przemysłowej służby zdrowia świadczeń związanych z opieką zdrowotną nad pracownikami, "Monitor Polski" 1963, nr 85, poz. 412.

T a b e l a 2

Koszty bezpośrednie i pośrednie
przychodni przyzakładowych (w %)

Przychodnia przyzakładowa	Koszty					
	ogółem		pośrednie pokrywane ze środków		bezpośrednie pokrywane ze środków	
	bezpośrednie	pośrednie	budżetowych	przedsiębiorstw	budżetowych	przedsiębiorstw
P1	76,0	24,0	1,02	99,0	75,1	24,9
P2	75,9	24,1	0,5	99,5	44,6	55,4
P3	93,7	6,3	5,0	95,0	49,4	50,6
P4	83,9	16,1	0,6	99,4	78,8	21,1
P5	81,3	18,7	3,3	96,7	82,7	17,2
P6	70,4	29,6	0,8	99,2	65,2	34,8
Przeciętnie	80,9	19,1	1,2	98,8	63,5	36,5

Ź r ó d ł o: Obliczenia własne.

pokryciu kosztów bieżących poszczególnych przychodni waha się od 32,1% w przychodni P5 do 66% w przychodni P2 (tab. 1). W tym przypadku zróżnicowanie wynosi ok. 34%. W przychodni P5, gdzie środki przedsiębiorstw stanowią najniższy odsetek w globalnej kwocie środków finansujących działalność placówki, struktura kosztów pokrywanych przez nie jest odmienna niż w przychodni P2. W przychodni P5 gros środków przedsiębiorstwa jest przeznaczony na koszty osobowe, tj. prawie 90%. Natomiast przychodnia P2 na koszty osobowe przeznaczyła 78% ogółu środków przedsiębiorstw oraz 11,5% na koszty usług (w P5 wartość ta wynosi 3,5%) (tab. 5). Wydaje się, że główną przyczyną wysokiego udziału środków przedsiębiorstwa w kosztach przychodni P2 jest ich wysoki udział w pokryciu kosztów osobowych personelu medycznego, głównie średniego (tab. 3) oraz stosunkowo wysokie, jeśli chodzi o koszty rzeczowe. W przychodni P5 środki przedsiębiorstw stanowią niski odsetek w pokryciu kosztów.

Należy również podkreślić zróżnicowany udział poszczególnych przychodni przyzakładowych w globalnej kwocie kosztów, jak i z uwzględnieniem kosztów finansowanych z każdego ze źródeł oddzielnie. Najwyższy udział w kosztach ogółem przychodni przemysłowych miały

T a b e l a 3

Koszty osobowe przychodni przyzakładowych wg grup zatrudnionych
i źródeł finansowania (w %)

Przychodnia przyza- kładowa	Koszty osobowe									
	lekarzy		pracowników medycznych		personelu średniego		personelu z wyższym wy- kształceniem		pozostałego personelu	
	pokrywane ze środków									
	bud- żeto- wych	przed- się- biorstw przemy- słowych	bud- żeto- wych	przed- się- biorstw przemy- słowych	bud- żeto- wych	przed- się- biorstw przemy- słowych	bud- żeto- wych	przed- się- biorstw przemy- słowych	bud- żeto- wych	przed- się- biorstw przemy- słowych
P1	100,0	-	74,5	25,5	57,2	42,8	100,0	-	-	-
P2	87,5	12,5	44,0	56,0	29,3	70,7	-	100,0	-	100,0
P3	64,8	35,2	48,5	51,5	36,6	63,4	-	-	-	100,0
P4	100,0	-	78,5	21,5	61,1	38,9	100,0	-	-	100,0
P5	100,0	-	79,8	20,2	61,7	38,3	-	-	-	100,0
P6	100,0	-	63,9	36,1	27,0	73,0	-	100,0	-	100,0
Przecię- tnie	89,4	10,6	62,5	37,5	44,4	55,6	44,2	55,8	-	100,0

Ź r ó d ł o: Obliczenia własne.

Tabela 4

Koszty bezpośrednie i pośrednie przychodni przyzakładowych wg źródeł finansowania (w %)

Przychodnia przyzakładowa	Koszty pośrednie pokrywane ze środków								Koszty bezpośrednie pokrywane ze środków							
	budżetowych				przedsiębiorstw przemysłowych				budżetowych				przedsiębiorstw przemysłowych			
	osobowe	rzeczowe	usług	pozostałe	osobowe	rzeczowe	usług	pozostałe	osobowe	rzeczowe	usług	pozostałe	osobowe	rzeczowe	usług	pozostałe
P1	-	1,1	-	-	100	98,9	100	100	74,5	100	-	75,2	25,5	-	-	24,8
P2	-	2,9	-	-	100	97,1	100	100	43,9	56,1	-	48,2	56,1	43,9	-	51,8
P3	-	17,0	-	-	100	83,0	100	100	48,5	100	-	52,4	51,5	-	-	47,6
P4	-	2,6	-	-	100	97,4	100	100	78,5	100	-	80,9	21,5	-	-	19,1
P5	-	26,0	-	-	100	74,0	100	100	79,8	100	-	80,9	20,2	-	-	19,1
P6	-	4,2	-	-	100	95,8	100	100	63,9	100	-	71,8	36,1	-	-	28,2
Przebiegnię	-	3,8	-	-	100	96,2	100	100	62,5	88,8	-	66,3	37,5	11,2	-	33,7

Źródło: Obliczenia własne.

T a b e l a 5

Koszty bieżące przychodni przykładowych w układzie rodzajowym, wg źródeł finansowania (w %)

Przychodnia przykładowa	Koszty									
	pokrywane ze środków budżetowych					pokrywane ze środków przedsiębiorstw przemysłowych				
	ogółem	osobowe	rze- czowe	usług	pozostałe	ogółem	osobowe	rze- czowe	usług	pozostałe
P1	100	94,2	3,9	-	1,9	100	43,5	51,8	3,8	0,8
P2	100	91,6	7,0	-	1,8	100	78,6	8,3	11,5	1,5
P3	100	94,1	4,1	-	1,9	100	89,9	2,9	5,5	1,6
P4	100	96,0	2,1	-	1,9	100	71,8	10,2	16,5	1,5
P5	100	79,9	18,5	-	1,6	100	89,6	5,5	3,5	1,8
P6	100	92,7	5,5	-	1,8	100	77,4	9,4	12,0	1,2
Przecię- tnie	100	92,6	5,5	-	1,8	100	76,4	12,3	9,7	1,4

Ź r ó d ł o: Obliczenia własne.

koszty bieżące przychodni P4 i stanowiły one 22,5%, ze względu na dużą kwotę kosztów osobowych (niskie koszty osobowe i usług), natomiast najniższy - koszty przychodni P5 i wyniosły 8,2%. Wstępnie można przyjąć, że jest to związane z liczbą zatrudnionych, która w tych przychodniach osiąga najwyższe rozmiary. Odpowiednio w stosunku do budżetu odsetki te przedstawiały się następująco: 28,8% - przychodnia P4 (wysokie koszty osobowe), 10,8% - przychodnia P5 (niskie koszty osobowe), a w odniesieniu do środków przedsiębiorstw przemysłowych: 27,1% - przychodnia P2 (wysokie koszty osobowe i usług), 5,5% - przychodnia P5 (niskie wszystkie rodzaje kosztów) (tab. 1).

Z przytoczonych danych liczbowych wynika, że wysoki udział przychodni w kosztach ogółem placówek lecznictwa przyzakładowego i - dzie w parze ze znacznym udziałem w kosztach przychodni pokrywanych przez budżet. Nie zauważa się natomiast tego związku jeśli chodzi o środki finansowe przedsiębiorstw.

Rozpiętość między ekstremalnymi wielkościami jest dość znaczna, a przyczyny tego wydają się być związane ze współzależnością struktury kosztów z warunkami funkcjonowania przychodni, tj. liczbą podopiecznych, udzielonych porad oraz zatrudnionych. Przychodnia P4 odznaczała się właśnie największą liczbą podopiecznych i udzielonych porad oraz jedną z najliczniejszych grup zatrudnionych. Przychodnia P5, która uzyskała najmniejsze koszty charakteryzowała się najmniejszą liczbą porad, podopiecznych i personelu przychodni przyzakładowej. Nie oznacza to jednak, że uzyskała najniższe wyniki działalności i wskaźniki zapewnienia opieki, a nawet wskaźnik średniej liczby przyjęć na 1 godzinę opłaconą lekarza osiągnęła najwyższy wśród przychodni przyzakładowych.

Związki między źródłami finansowania a kosztami bieżącymi przychodni przyzakładowych przedstawiają się następująco.

W przypadku przychodni przemysłowych objętych badaniem wystąpiły dwa źródła: budżet terenowy i środki przedsiębiorstw przemysłowych, z których zostały wyasygnowane kwoty na pokrycie bieżących potrzeb przychodni (tab. 6).

Biorąc pod uwagę koszty w układzie rodzajowym stwierdzono, że budżet terenowy pokrył koszty osobowe średnio w 56,4%, przy czym wartości krańcowe jego udziału dotyczyły przychodni P2 - 37,5% oraz przychodni P1 - 74,5%. Porównując to z liczbą zatrudnionych opłaconych przez ZOZ nie stwierdzono zależności następującej: im wyższa

T a b e l a 6

Koszty bieżące przychodni przyzakładowych w układzie rodzajowym
wg źródeł finansowania (w %)

Przychodnia przyzakładowa	Koszty							
	osobowe pokrywane z		rzeczowe pokrywane z		usług pokrywane z		pozostałe pokrywane z	
	budżetu	przedsię- biorstw przemysł- owych	budżetu	przedsię- biorstw przemysł- owych	budżetu	przedsię- biorstw przemysł- owych	budżetu	przedsię- biorstw przemysł- owych
P1	74,5	25,5	8,9	91,1	-	100,0	75,2	24,8
P2	37,5	62,5	29,0	71,0	-	100,0	38,6	61,4
P3	47,7	52,3	54,9	45,1	-	100,0	51,2	48,8
P4	72,4	27,6	28,4	71,6	-	100,0	71,3	28,7
P5	65,3	34,7	87,6	12,4	-	100,0	70,4	29,6
P6	50,6	49,4	33,3	66,7	-	100,0	57,0	43,0
Przeciętnie	56,4	43,6	32,1	67,9	-	100,0	58,8	41,2

Ź r ó d ł o: Obliczenia własne.

liczba pracowników, tym wyższy udział procentowy budżetu. To samo można powiedzieć o kwotach bezwzględnych kosztów.

Cztery spośród badanych placówek: P1, P4, P5, P6 miały ponad połowę kosztów osobowych pokrytych przez budżet terenowy. Środki budżetowe były przeznaczone jedynie na sfinansowanie kwot związanych z personelem fachowym, tzn. grupą lekarzy, personelem średnim oraz pozostałymi pracownikami medycznymi z wyższym wykształceniem. Najwyższy udział budżetu zaznaczył się w pokryciu kosztów zatrudnionych lekarzy, tj. 89,4% średnio (od 64,8 przychodni P3 do 100% w przychodniach P1, P4, P5, P6) oraz kosztów personelu średniego, tzn. 44,4% (od 27% - P6, do 61,7% - P5). Pozostała część kosztów obu wymienionych grup pokrywają przedsiębiorstwa ze swoich środków pieniężnych. Fakt ten jest zastanawiający, chociażby z tego powodu, że zarządzenie ministra finansów z 24.10.1963 r. regulujące zasady udzielania świadczeń przez zakłady pracy na rzecz ochrony zdrowia, a mianowicie "płace personelu, z wyjątkiem fachowych pracowników służby zdrowia, których zatrudnia właściwy zakład przemysłowej służby zdrowia"⁸ są pokrywane ze środków własnych przedsiębiorstw. Wynika z tego, że w miarę potrzeb zakłady pracy mogą w określony sposób poprawiać zabezpieczenie przychodni w kadre medyczną, a tym samym stworzyć bardziej elastyczny sposób finansowania kosztów bieżących.

W odniesieniu do kosztów rzeczowych udział środków budżetowych w ich sfinansowaniu wynosi średnio 32,1%, przy równoczesnych dość znacznych wahaniach od 8,9% w przychodni P1 do 87,6% w przychodni P5. Jak można zauważyć rozbieżność ta sięga prawie 80%.

W pięciu spośród 6 badanych przychodni przyzakładowych budżet jest jedynym źródłem finansowania bezpośrednich kosztów rzeczowych, a tylko w jednej z nich pokrywa niewiele ponad połowę tej grupy kosztów bieżących. Krańcowo odmiennie przedstawia się sytuacja w stosunku do pośrednich kosztów rzeczowych, w finansowaniu których budżet partycypuje tylko w 2,7%. Jedyną pozycją kosztów, która nie jest finansowana przez środki pochodzące z budżetu są kwoty związane z usługami obcymi, materialnymi i niematerialnymi, świadczonymi na rzecz przychodni. Koszty te, traktowano jako pośred-

⁸ Uchwała nr 353 Rady Ministrów z 19.11.1962 r. w sprawie udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu opieki nad zdrowiem pracowników, "Monitor Polski" 1962, nr 82, poz. 384.

dnie, w całości pokrywają przedsiębiorstwa przemysłowe. Środki te są przeznaczone na utrzymanie przychodni w gotowości do świadczenia usług zdrowotnych na rzecz swoich podopiecznych.

Sformułowane, w toku analizy związków źródeł finansowania z kosztami bieżącymi, spostrzeżenia dotyczyły także wzajemnych relacji między źródłami pochodzenia środków finansowych a poszczególnymi kategoriami kosztów w układzie kalkulacyjnym. Poczynione porównania wskazały, że budżet pokrywa średnio w grupie przychodni przyzakładowych 63,5% kosztów bezpośrednich oraz tylko 1,2% kosztów pośrednich, w finansowaniu których dominującą rolę odgrywają środki pieniężne zakładów przemysłowych. Najwyższym udziałem budżetu w pokryciu kosztów bezpośrednich, wynoszącym 82,7% charakteryzowała się przychodnia P5, natomiast najniższym 44% - przychodnia P2.

Koszty pośrednie w 98,8% są pokrywane ze środków przedsiębiorstw, przy czym zróżnicowanie między przychodniami nie jest wysokie i wynosi 4,5% (95% - przychodnia P3, 99,5% - przychodnia P2).

Zakres omawianych badań nie pozwala przesądzić o tym czy związki między źródłami finansowania i kosztami działalności bieżącej mają charakter trwały, czy też jest to jedynie przypadkowa sytuacja. Chodzi tu przede wszystkim o to, aby wskazać i zaproponować etapy prowadzenia analizy finansowania w odniesieniu do psz, która dotychczas była poddawana analizie finansowej w bardzo ograniczonym zakresie, jako nie wyodrębniony element ambulatoryjnej, opieki zdrowotnej w ramach ZOZ.

W wyniku obserwacji placówek psz podlegających organizacyjnie Zespołowi Opieki Zdrowotnej dla ogółu ludności stwierdzono, że niezbędne wydaje się uwzględnienie nakładów przedsiębiorstw przemysłowych na psz w planowaniu całkowitych nakładów na szczeblu ZOZ, a także podjęcie systematycznych konsultacji co do wysokości wydatków zakładów pracy z odpowiednimi komórkami na szczeblu ZOZ. Ponadto nie do przyjęcia jest w dalszej perspektywie utrzymanie aktualnego stanu dokumentacji finansowej dotyczącej przychodni przemysłowych. Konieczne jest ujednolicenie jej na szczeblu ZOZ, jak i w przedsiębiorstwach przemysłowych.

Kolejny postulat dotyczy wyodrębnienia w całkowitych kosztach psz kwot asygnowanych przez przedsiębiorstwa, a także wydzielenie nakładów na nie z kwot dotyczących wszystkich form leczenia. W tym kontekście, można zastanawiać się jak możliwe jest racjonalne planowanie wydatków z poszczególnych źródeł finansowania, jeśli ZOZ

nie dysponuje danymi liczbowymi gromadzonymi w zakładach pracy, a stanowi jedyną, kompetentną jednostkę do wydawania decyzji merytorycznych.

W tym celu należałoby wyeliminować szereg ograniczeń utrudniających czy uniemożliwiających prawidłową analizę źródeł finansowania⁹.

Generalnie, należy wyjść od stwierdzenia, że zastosowanie wielu źródeł finansowania psz, uelastyczniających gospodarkę finansową, jest warunkiem jej racjonalizacji.

Problemem wymagającym przede wszystkim rozstrzygnięcia jest synchronizacja strumieni środków płynących z różnych źródeł zasilania, chociażby w kontekście przepisów prawnych regulujących tę kwestię. W wyniku obserwacji potwierdziły się domniemania, że zakłady pracy zatrudniają na swoich, zakładowych etatach pracowników medycznych. Wydaje się jednak, że wyłączne prawo do decydowania o liczbie personelu fachowego w psz powinny mieć placówki kompetentne merytorycznie lub w ich gestii powinno znajdować się opiniowanie propozycji przedsiębiorstw, co do zwiększenia zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek, nawet opłacanych przez przedsiębiorstwo. Brak takiej kontroli może powodować znaczne dysproporcje w zapewnieniu opieki populacji pracującej w zależności od zamożności zakładów pracy i decyzji w nich podejmowanych.

Inny aspekt tej sprawy dotyczy zasadności zatrudniania personelu medycznego przez dyrekcję przedsiębiorstw. Może okazać się bowiem, że środki przeznaczone na ten cel są o wiele bardziej potrzebne, np. na wymianę zużytej i przestarzałej aparatury diagnostycznej, co jest możliwe do stwierdzenia przez fachowych pracowników zespołu opieki zdrowotnej.

Izabela Rydlawska

STRUCTURE OF SOURCES OF FINANCING
OF DISTRICT MEDICAL INDUSTRIAL CLINICS
IN POLAND

Analysis of the structure of financial outlays coming from various sources of financing the industrial health service is significant not only in the context of planning financial outlays on this sphere of services. It constitutes also an indispensable

⁹ K. P i o t r o w s k a - M a r c z a k, Metodologiczne i ewidencyjne problemy ustalania nakładów na oświatę, "Wiadomości Statystyczne" 1985, nr 9.

and complementary element of the costs account dealing with the functioning of health care centres.

In the course of discussions on changes in principles of financing the industrial health service, there appeared numerous propositions concerning changes in participation of particular entities in its financing. This provided an inducement for an empirical study, whose aim was to answer several basic questions connected with the formula of financing the industrial health service accepted in Poland.