

**Joanna Kogut**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

## **OCENA PRAWIDŁOWOŚCI DOKONYWANIA WYCENY USŁUG MEDYCZNYCH W SP ZOZ**

### **1. 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. 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 tych warunkach szczególnego znaczenia nabiera znajomość kosztów realizowanych świadczeń zdrowotnych. Informacje kosztowe bowiem powinny być 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.

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.

### **2. Wycena usług medycznych**

Wśród wielu celów rachunkowości zarządczej znajduje się wsparcie informacyjne procesu ustalania cen na wytwarzane wyroby lub świadczone usługi. Pro-

blem ten jest szeroko omawiany w wielu pozycjach literaturowych z tego zakresu, lecz najczęściej odnosi się on do działalności wytwórczej, rzadziej usługowej, a już bardzo rzadko do działalności medycznej zakładów opieki zdrowotnej, jako działalności specyficznej, której podstawą funkcjonowania jest ratowanie życia i zdrowia człowieka.

Rozważając możliwość wykorzystania informacji kosztowej w procesie kształtowania cen usług medycznych, należy zwrócić uwagę na kilka istotnych kwestii:

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.

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 zdrowotnej<sup>1</sup> pozwala na wybór optymalnej, z punktu widzenia wyniku finansowego, struktury usług. Głównym (ustawowym) celem działalności podmiotów służby zdrowia jest bowiem zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu, a to wiąże się z koniecznością dostarczania pacjentom wszystkich (a nie tylko wybranych z punktu widzenia rachunku ekonomicznego) usług medycznych niezbędnych w procesie leczenia.

Wycena usług medycznych wymaga więc zgromadzenia niezbędnych danych kosztowych oraz statystycznych dotyczących świadczonych usług medycznych, uzyskanych z zakładów opieki zdrowotnej, w których prowadzony system rachunku kosztów umożliwia otrzymanie wiarygodnych informacji kosztowych. Źródłem informacji umożliwiających wycenę tych usług powinna być baza danych zakładu opieki zdrowotnej, a gromadzenie ich powinno się odbywać przy wykorzystaniu specjalnie w tym celu opracowanego informatycznego programu aplikacyjnego. 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 ewidencjonowane z wymaganą dokładnością.

Aby móc prawidłowo dokonać wyceny świadczeń opieki zdrowotnej szpitala, należy szczegółowo opracować cały proces kalkulacji procedur medycznych i szacowania kosztów leczenia pacjentów. Etapy tego procesu zostały przedstawione na rys. 1.

---

<sup>1</sup> 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”.

<b>ETAP I.</b> Dokładne określenie zakresu działalności zakładu opieki zdrowotnej
<b>ETAP II.</b> Opracowanie wykazu wszystkich procedur medycznych według określonej klasyfikacji z dużym zaangażowaniem personelu medycznego
<b>ETAP III.</b> Przypisanie procedur do poszczególnych komórek organizacyjnych (miejsc powstawania kosztów) świadczących usługi medyczne
<b>ETAP IV.</b> Ewidencjonowanie liczby wykonanych procedur w określonych okresach sprawozdawczych
<b>ETAP V.</b> Ewidencjonowanie pełnych, rzeczywistych kosztów ośrodków wykonujących procedury medyczne: dokładne przypisanie kosztów bezpośrednich rzeczywiście poniesionych, rzetelne przypisanie kosztów pośrednich (przypisanych) zgodnie z ustalonym sposobem podziału, rozliczenie kosztów ogólnego zarządu
<b>ETAP VI.</b> Opisanie technologii wykonania każdej procedury medycznej z uwzględnieniem zużywanych materiałów, środków technicznych i pracy ludzkiej
<b>ETAP VIII.</b> Utworzenie bazy danych na temat leczonych pacjentów poprzez rejestrowanie: wykonania poszczególnych procedur medycznych w odniesieniu do leczonych pacjentów, wydania leków każdemu pacjentowi podczas hospitalizacji, czasu pobytu na poszczególnych oddziałach szpitalnych
<b>ETAP IX.</b> Oszacowanie kosztu leczenia każdego pacjenta wraz z określeniem poszczególnych jego elementów, tj. procedur medycznych, leków i osobodni
<b>ETAP X.</b> Grupowanie pacjentów według różnych kryteriów, np. rozpoznania podstawowego według ICD-10CM, rodzaju zastosowanego leczenia, rodzaju wykonanego zabiegu w przypadku pacjentów leczonych operacyjnie, rodzaju zastosowanej terapii, np. chemioterapii, radioterapii czy leczenia skojarzonego w przypadku pacjentów leczonych zachowawczo
<b>ETAP XI.</b> Dokonanie analizy statystycznej w odniesieniu do częstości wykonania procedur diagnostyczno-terapeutycznych dla wyodrębnionych grup pacjentów
<b>ETAP XII.</b> Ustalenie średniego kosztu leczenia pacjenta/przypadku chorobowego w danej grupie

Rys. 1. Etapy procesu kalkulacji procedur medycznych i szacowania kosztów leczenia pacjentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2].

Jak wynika z przedstawionego rysunku, proces wyceny usług medycznych 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.

### 3. Organizacja rachunku kosztów i wycena usług medycznych w SP ZOZ

Zasady prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie MZiOŚ w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [3] oraz ustawa o rachunkowości [4].

Aby można było odpowiedzieć na pytania, 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 opartej na poszczególnych jej etapach.

Pierwszym etapem tego procesu jest **sporządzenie wykazu ośrodków kosztów** realizujących jednorodne procedury medyczne [1, 229-237]. Kalkulacja kosztów wytworzenia poszczególnych usług medycznych wymaga bowiem wydzielenia miejsc świadczących te usługi. Podział na miejsca powstawania kosztów powinien uwzględniać kryterium jednorodności z punktu widzenia funkcji 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 księgowego, ale i statystycznego punktu widzenia.

Przeprowadzone badania wykazały, że w badanym SP ZOZ-ie 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 niemedyką, 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, ciepłownice i gazowe, instalacje i urządzenia łączności, urządzenia poż., hydrofornię, kserokopiarkę.

Natomiast koszty zarządu i ogólnozakładowe zostały ujęte bardzo ogólnie, bez szczegółowego rozbicia na poszczególne komórki organizacyjne.

Wynika więc z tego, że w analizowanym szpitalu 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 aktualizowany.

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 Laboratoryjnych [2], określana jako klasyfikacja ICD-9CM. Opracowanie to może służyć jako baza, na której należy się oprzeć przy ustalaniu nazw i kodów poszczególnych procedur.

Analizując ten etap w odniesieniu do badanego szpitala, można stwierdzić, iż opracowane listy wykonywanych procedur medycznych w poszczególnych ośrodkach kosztów są niekompletne i niedokładne, a wiele ośrodków nie posiada w ogóle takich list. Wykazy zostały sporządzone jedynie w pracowniach diagnostycznych (USG, RTG, TK, endoskopii itp.) oraz laboratoriach. Są one jednak mało szczegółowe i niekompletne, nie mają też kodów zgodnych z klasyfikacją ICD-9CM. Natomiast poradnie specjalistyczne czy bloki operacyjne w ogóle nie posiadają list realizowanych procedur medycznych.

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 MZiOS w § 5 ust. 3 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.

Przeprowadzone badania wykazały, że SP ZOZ nie tworzy opisów poszczególnych procedur medycznych ze względu na sposób ich wykonania, zastosowanie 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 według 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 rozliczenia kosztu wytworzenia poszczególnych badań i zabiegów, pozwala także 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, powinna też obejmować wszystkie pozycje znajdujące się w wykazach procedur dla poszczególnych ośrodków kosztów.

Rozpatrując ten etap wyceny procedur medycznych z punktu widzenia badanego szpitala, 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 omawianego procesu jest **ustalenie kosztów normatywnych (standardowych)**, bezpośrednich każdego badania czy zabiegu na podstawie przeciętnego zużycia zasobów i bieżących cen. 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 się odnosić do obserwacji pochodzących z dłuższych okresów, tak aby można było dokonać uśrednień w tym zakresie.

Niezbędne w tym etapie jest sporządzenie zestawienia zużycia materiałów bezpośrednich oraz czasu pracy dla każdej wyodrębnionej procedury medycznej. Koszty standardowe odgrywają bowiem rolę klucza podziałowego do rozliczenia kosztów pośrednich ośrodka pomiędzy wszystkie wykonywane w nim procedury medyczne.

Badania przeprowadzone w SP ZOZ-ie wykazały, że od roku 2002 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.

Zużycie materiałów, sprzętu i nakładu czasu pracy personelu medycznego przykładowej procedury medycznej – badania RTG układu moczowego (87.79) wykonywanego w Pracowni RTG (510-0121) przedstawiono w tab. 1, ukazującej ilościowe i wartościowe zestawienie zasobów niezbędnych podczas wykonania tej procedury.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż sporządzone w szpitalu zestawienia zużywalnych zasobów, zarówno materiałowych, jak i osobowych, nie są na bieżąco aktualizowane, np. w przypadku zmiany cen jednostkowych materiałów czy sprzętu medycznego oraz 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 ustalania rzeczywistego kosztu leczenia pacjenta opartego na formule: procedury medyczne, leki i koszty hotelowe zostały zaniechane (mimo że próbowano je początkowo wykorzystywać). Za główne przyczyny takiej sytuacji dyrekcja szpitala uznała przede wszystkim brak odpowiedniego oprogramowania

Tabela 1. Zestawienie zasobów zużywanych podczas wykonania procedury 87.79 (Badanie RTG układu moczowego)

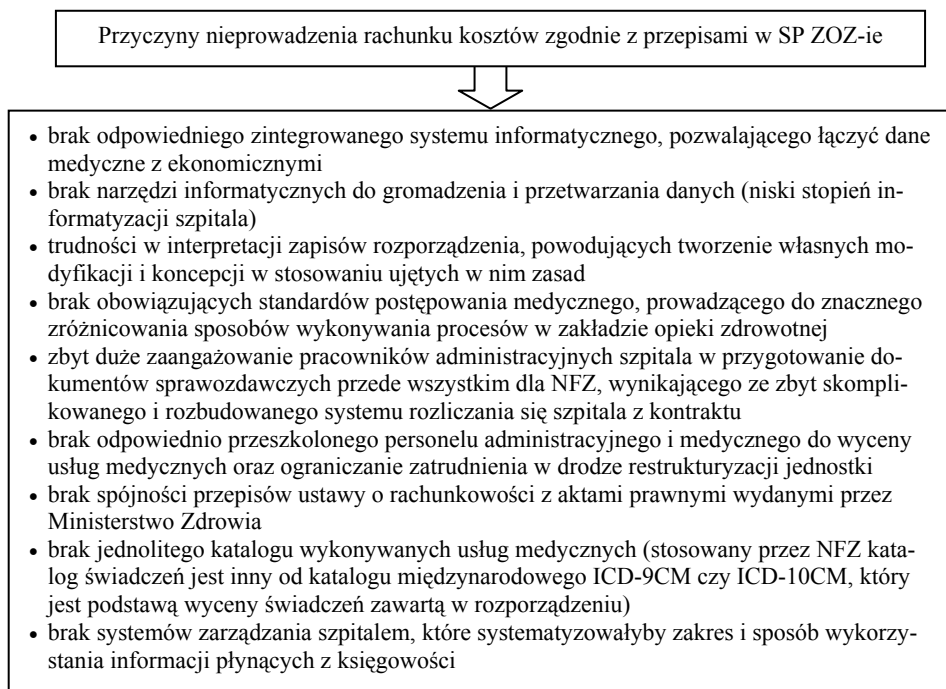
Jednostka organizacyjna: <b>SP ZOZ</b> <b>Szpital Wojewódzki</b>			Kod procedury medycznej: <b>87.79</b>				
Kod ośrodka kosztów: <b>510-0121</b>			Nazwa procedury: <b>Badanie RTG układu moczowego</b>				
Nazwa ośrodka świadczącego procedury medyczne: <b>Pracownia RTG</b>							
Lp.	Nazwa materiału	Opis 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	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 XR1	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	Strzykawka	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 Foley'a	14	1	szt	1	1,85	1,85
	<b>RAZEM</b>						<b>32,86</b>
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	
	<b>RAZEM</b>					<b>7,57</b>	
<b>RAZEM PROCEDURA</b>						<b>40,43</b>	

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ-u.

komputerowego służącego do przetwarzania danych, stosowanie praktyk leczniczych niezgodnych z ustalonymi standardami oraz brak zainteresowania informacjami kosztowymi ze strony płatnika (obecnie NFZ) i nieuwzględnianie informacji o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania<sup>2</sup>.

#### 4. Podsumowanie

Podsumowując prowadzone rozważania, można stwierdzić, że badany szpital nie prowadzi rachunku kosztów zgodnie z przepisami rozporządzenia MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 r. 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 (rys. 2).



Rys. 2. Rachunek kosztów a przepisy rozporządzenia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanego SP ZOZ-u.

<sup>2</sup> 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.



Wynika więc z tego, że brak rzetelnych i wiarygodnych informacji kosztowych nie daje możliwości ustalania cen usług medycznych. Niezależnie od metodyki ustalania cen, koszty 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, że 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 o charakterze zarówno 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 przetworzenie zgromadzonych danych pozwoli na uzyskanie rzetelnych informacji kosztowych niezbędnych m.in. do ustalania cen świadczonych usług medycznych.

## Literatura

- [1] Kogut J., *Ścieżka wdrożeniowa rachunku kosztów leczenia szpitalnego*, [w:] *Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, red. G. Borys, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 1091, AE, Wrocław 2005.
- [2] *Metodologia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa – czerwiec 2007, maszynopis oraz <http://www.aotm.gov.pl>.
- [3] Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – trzecia edycja polska z aneksem: Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2007.
- [4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998 nr 164, poz. 1194.
- [5] Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r., DzU 2002 nr 76, poz. 694 z późn. zmianami.
- [6] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., DzU 1991 nr 91, poz. 408 z późn. zmianami. Tekst jednolity DzU 2007 nr 14, poz. 89.

## ASSESSMENT OF CORRECTNESS OF COST ACCOUNTING OF MEDICAL SERVICES IN A PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTION

### Summary

The new economic and legal reality, in which health care units have to function, imposes the need for introducing improvements in managing them, competing for patients, better effectiveness of

managing resources at their disposal in the process of carrying out their ultimate objective, i.e. meeting the permanently growing need for health care services provided to citizens. In such conditions the primary factor becomes the awareness of costs resulting from the carried out health care services. The main source of cost information is the properly constructed and efficiently functioning costs account. It constitutes one of the basic information system components in managing any unit by presenting, in a manifold way, its overall activities and the occurring processes from the perspective of costs burden. The aim of the article is an attempt to assess the cost account used by chosen hospital and the possibility of using the cost information in the process of fixing the medical services prices.