

Wiesław Janik

Politechnika Lubelska
Katedra Finansów i Rachunkowości

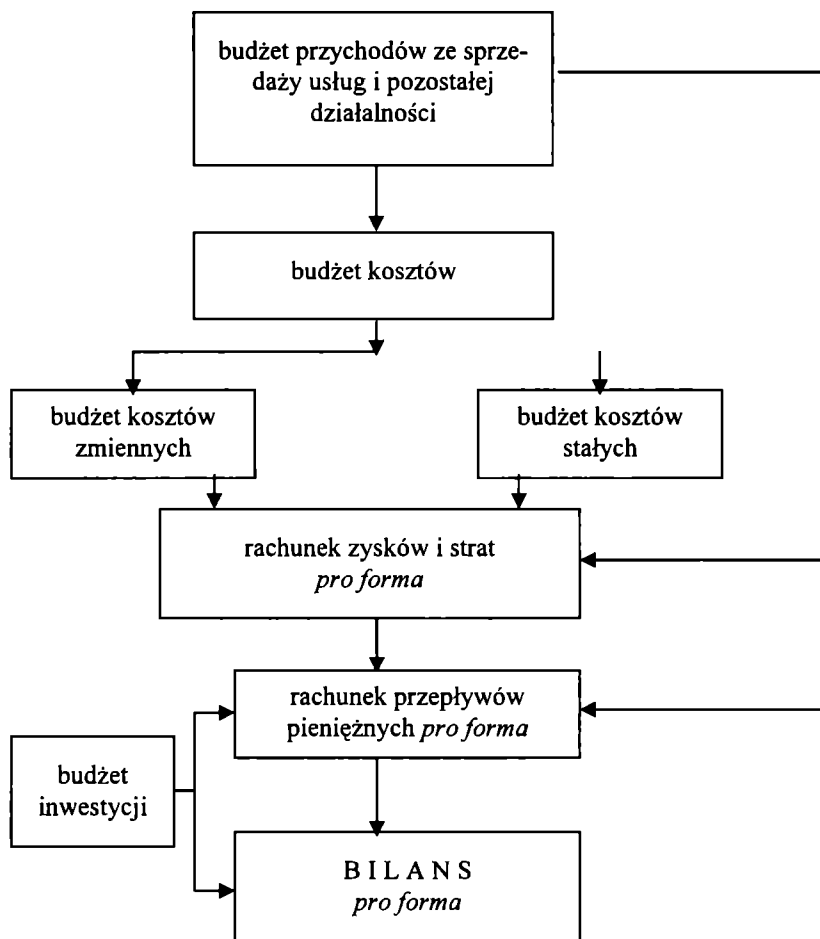
BUDŻETOWANIE JAKO METODA ZARZĄDZANIA ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Pojęcie, rodzaje i metody sporządzania budżetów

Budżetem nazywa się na ogół szczegółowy, krótkoterminowy plan finansowy. Jest on zestawieniem przewidywanych przychodów i kosztów, wpływów i wydatków podmiotu gospodarczego lub jego wyodrębnionej organizacyjnie części lub zadania (przedsięwzięcia) gospodarczego (społecznego). Jest narzędziem umożliwiającym przekształcenie celów zakładu opieki zdrowotnej na konkretne zadania finansowe wewnętrznych jednostek organizacyjnych w danym okresie obrachunkowym.

Budżet wyraża przewidywane skutki finansowe planowanych działań i przedsięwzięć. Ułatwia więc bieżące śledzenie realizacji planu oraz identyfikację powstających odchyłeń i związanych z nimi szans i zagrożeń. Tym samym stwarza możliwości odpowiedniego przeciwdziałania niekorzystnym skutkom i ich ograniczania. Umożliwia koordynację zadań i działań wewnętrznych komórek organizacyjnych, umożliwiając menedżerom podejmowanie decyzji zgodnych z celami całego zakładu. Zawiera informację o oczekiwaniach zarządu w stosunku do menedżerów niższych szczebli. Może więc być wykorzystany do motywowania menedżerów do realizacji zadań budżetowych, jeżeli od ich wykonania będzie zależała przynajmniej część ich wynagrodzenia.

Budżet zakładu opieki zdrowotnej składa się z szeregu budżetów cząstkowych. Uwzględniając kryterium rodzajowe, wyodrębnia się: budżet przychodów, budżet kosztów, budżet przepływów pieniężnych i budżet wydatków inwestycyjnych (por. ryc. 1).



Ryc. 1. Uproszczona struktura budżetu zakładu opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne.

Budżet przychodów placówki medycznej podzielić można na dwie grupy:

- a) przychody z działalności medycznej,
- b) przychody działalności pozostałej.

Działalność medyczna jest działalnością podstawową zakładu opieki zdrowotnej; wiąże się z procesem diagnozowania, leczenia i poradnictwa zdrowotnego, a także zaopatrzenia pacjentów w niezbędne leki (prowadzenie apteki). Uzyskiwane przychody mogą być rezultatem realizacji kontraktów zawartych z Narodowym

Funduszem Zdrowia, usług świadczonych na rzecz pacjentów nie ubezpieczonych lub innych zakładów opieki zdrowotnej.

Przychody z działalności pozostałej mogą mieć trzy podstawowe źródła:

a) sprzedaż usług na rzecz podmiotów zewnętrznych przez niemedyczne jednostki usługowe wewnątrz zakładu (np. usługi pralnicze, usługi hotelarskie, usługi żywieniowe),

b) sprzedaż zbędnych aktywów (np. nadmiernych zapasów leków w aptece, zbędnej lub przestarzałej aparatury)

c) przychody finansowe uzyskiwane na ogół z deponowania czasowo wolnych środków pieniężnych na oprocentowanych rachunkach bankowych czy też odsetek za przeterminowane należności.

Budżet kosztów, podobnie jak budżet przychodów dzieli się na budżet kosztów działalności medycznej i działalności pozostałej. Koszty działalności medycznej mogą być pogrupowane według kryterium rodzajowego lub kalkulacyjnego i podzielone na zmienne i stałe. Taki podział ułatwia proces budżetowania i umożliwia zastosowanie budżetów elastycznych.

Na budżet kosztów pozostałej działalności składa się:

a) budżet kosztów działalności pozamedycznej, w ramach którego koszty mogą być pogrupowane według rodzajów lub według kryterium kalkulacyjnego i podzielone na koszty stałe i zmienne (podobnie jak w przypadku działalności medycznej),

b) wartość przewidywanych do sprzedaży składników majątkowych według ich wartości księgowej,

c) budżet kosztów finansowych, obejmujący w szczególności odsetki od przewidywanego zadłużenia zakładu.

Budżet przychodów i budżet kosztów nie obrazują w pełni przyszłej sytuacji finansowej placówki medycznej. Ich rezultatem jest budżet wyników. Budżety te nie informują jednak o przyszłych możliwościach płatniczych. Dzieje się tak z następujących przyczyn:

1. Przychody ze sprzedaży nie są równoznaczne z wpływami pieniężnymi. Niejednokrotnie zwłaszcza zapłata przez Narodowy Fundusz Zdrowia wpływa z pewnym opóźnieniem czasowym, stąd też część przychodów ze sprzedaży odkłada się w formie należności. Ponadto część wpływów w okresie sprawozdawczym dotyczy sprzedaży z poprzednich okresów.

2. Koszty nie są równoznaczne z wydatkami. Wynika to z następujących okoliczności:

a) koszty zakładu związane są z ponoszonymi wydatkami, choć nie wszystkie wydatki mają charakter kosztów (np. wydatki związane z lokatą bankową),

b) powstawanie kosztów może być niezależne w czasie od dokonywanych wydatków (np. zużycie leków, za które jeszcze nie zapłacono, koszty amortyzacji środków trwałych).

Z powyższych powodów konieczne jest przygotowanie również budżetów: przepływów pieniężnych, budżetu należności, zobowiązań, zapasów i wydatków inwestycyjnych. **Budżet przepływów pieniężnych jest zestawieniem oczekiwanych wpływów i przewidywanych wydatków.** Planowane wpływy okresu planistycznego mogą być wyższe od budżetu przychodów, jeżeli:

a) skrócony zostanie okres oczekiwania na zapłatę za realizowane usługi (planowany stan należności na koniec okresu będzie niższy od stanu należności na początek okresu),

b) zakład zaciągnie dodatkowe kredyty lub pożyczki albo pozyska dodatkowe pieniężne wkłady kapitałowe od właścicieli.

Planowane wpływy mogą być niższe od budżetu przychodów, jeżeli wydłużony zostanie okres zapłaty za zrealizowane usługi.

Wydatki dotyczą nie tylko zakupów zrealizowanych w okresie planistycznym, lecz również spłaty zaciągniętych zobowiązań, kredytów lub pożyczek, należnych podatków i opłat, a także wydatków inwestycyjnych. Mogą być wyższe od poniesionych kosztów, jeżeli:

a) zgromadzone zostaną np. dodatkowe zapasy leków, środków opatrunkowych czy innych materiałów,

b) zaplanowane zostaną określone wydatki inwestycyjne lub inne płatności nie będące kosztami,

c) zakład spłaci część lub całość kredytów lub pożyczek,

d) skrócony zostanie okres realizacji zobowiązań wobec dostawców.

Z wymienionych wyżej powodów budżet przepływów pieniężnych musi uwzględniać przewidywane zmiany w stanie zapasów, należności i zobowiązań, które mogą być zawarte w odrębnych budżetach częściowych lub we wspólnym budżecie zapotrzebowania na kapitał obrotowy zakładu.

W zależności od możliwości dokonywania zmian w okresie realizacji budżety dzieli się na stałe (sztywne) i elastyczne (zmienne). W budżetach stałych założone wielkości ekonomiczne nie podlegają korekcie w okresie ich realizacji. Nie są pożądane ani poprawa, ani pogorszenie założonych rezultatów. Dopuszczalne są jedynie niewielkie czasowe przesunięcia budżetowanych kwot. W budżetach elastycznych dopuszcza się uzasadnioną zmienność planowanych wielkości, jeżeli zmieniły się warunki ich realizacji (np. wzrost liczby zrealizowanych usług powoduje wzrost przychodów i uzasadnia wzrost kosztów zmiennych związanych z ich wykonaniem).

Budżety mogą być przygotowywane różnymi metodami, różniącymi się zarówno stopniem szczegółowości, jak i przyjętą podstawą budżetowania. Przyjmując kryterium szczegółowości, rozróżnia się szczegółową metodę budżetowania i metodę ogólną. Metoda szczegółowa polega na odrębnym budżetowaniu poszczególnych pozycji budżetów częściowych. Każda pozycja dokładnie jest analizowana. Uwzględnia się przewidywane zmiany wszystkich czynników, które mają wpływ na jej wielkość. Metoda ta jest pracochłonna i wymaga stworzenia w

zakładzie opieki zdrowotnej rozwiniętego systemu informacji zarządczej. W metodzie ogólnej nie rozpatruje się szczegółowo poszczególnych pozycji budżetów cząstkowych. Przedmiotem budżetowania są pozycje zbiorcze (np. suma przychodów, suma kosztów, suma zmian w zapasach czy należnościach). Metoda ta jest prosta, mało pracochłonna, jednakże nie daje możliwości dokładnej identyfikacji rezerw efektywnościowych. Jest mało skuteczna, zwłaszcza w pierwszym okresie stosowania budżetowej metody zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Ze względu na przyjętą podstawę budżetowania wyróżnia się przyrostową metodę budżetowania oraz metodę budżetowania „od zera”. W metodzie przyrostowej budżetowanie wielkości określa się przez przemnożenie wielkości zrealizowanych w okresie bazowym przez wskaźnik zmiany, uwzględniający przewidywane skutki inflacji czy planowanych oszczędności. Metoda ta automatycznie przenosi na okresy przyszłe wszystkie lub większość rezerw efektywnościowych okresu bazowego. Jakość nowego budżetu jest pochodną jakości budżetu bazowego; dlatego uważa się, że metoda ta może mieć zastosowanie tylko w niektórych przypadkach – do sporządzania budżetu przychodów usług realizowanych na ustabilizowanym poziomie, do budżetowania kosztów wynagrodzeń.¹

Metoda „od zera” nie nawiązuje do okresu bazowego. Budżet przygotowuje się tak, jakby był sporządzany po raz pierwszy dla nowo powstałego podmiotu gospodarczego. Dlatego szczegółowo rozpatruje się nie tylko same zadania, lecz również możliwe sposoby ich wykonania. Proces przygotowania budżetu składa się z następujących etapów:²

- a) określenie obszarów decyzyjnych w jednostce organizacyjnej i wyznaczenie dla niej zadań,
- b) charakterystyka działalności w ramach każdego obszaru decyzyjnego za pomocą pakietów decyzyjnych,
- c) ocena i nadanie poszczególnym pakietom określonej rangi w danym obszarze decyzyjnym i w całym zakładzie,
- d) przydzielenie niezbędnych zasobów w celu wykonania wybranych pakietów decyzyjnych.

Zaletą tej metody jest to, że na każde działanie w zakładzie należy spojrzeć w sposób zindywidualizowany, wybrać najlepszy sposób postępowania oraz określić jego skutki. Pozwala to na dostrzeżenie i eliminację ewentualnych błędów z przeszłości oraz wprowadzenie nowych rozwiązań. Metoda ta wymaga znacznie większego zaangażowania w proces budżetowania kierownictwa różnych szczebli zarządzania zakładem opieki zdrowotnej i jest zdecydowanie bardziej pracochłonna od metody przyrostowej. Poleca się ją jednak tym zakładom, które po raz pierwszy przygotowują budżety, lub tych, które stosowały dotychczas metodę przyrostową.

¹ Por: A. Szychta, *Planowanie i kontrola kosztów, przychodów i wyników*, [w:] *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, pr. pod red. A. Jarugowej, SKwP, Warszawa 1998., s. 225, 226

² *Ibidem*, s. 226

Przygotowany tą metodą budżet może stanowić dobrą podstawę do sporządzania budżetów na kolejne okresy. Kolejne budżety mogą być wówczas przygotowane metodami prostszymi, mniej pracochłonnymi i mniej kosztownymi. Jak zauważa C. Drury, „zmiany w przyszłych warunkach muszą być każdorazowo brane pod uwagę, ale dane *ex post* mogą stanowić użyteczne wyznaczniki na przyszłość”.³

2. Tworzenie budżetu

Skuteczność budżetowania jako narzędzia poprawy efektywności i zapewnienia płynności finansowej zakładu zależy w dużej mierze od stopnia realności opracowanych budżetów. Poziom zabudżetowanych kosztów powinien z jednej strony umożliwiać sprawną realizację usług zdrowotnych na odpowiednim poziomie jakościowym, z drugiej zaś mobilizować do racjonalnego gospodarowania przydzielonymi ośrodkowi zasobami i motywować do wyzwalania istniejących rezerw kosztowych. W celu przygotowania budżetów spełniających powyższe warunki słuszne wydaje się by:

1. **Podzielić koszty poszczególnych ośrodków odpowiedzialności na jednolite pozycje rodzajowe** (koszty osobowe obejmujące wynagrodzenia brutto i świadczenia na rzecz pracowników, materiałowe obejmujące m.in. zużycie leków, środków opatrunkowych, środków czystości, energii, wody itp., koszty usług obcych, amortyzację wyposażenia ośrodka, pozostałe koszty, takie jak: podróże służbowe, ryczałty za używanie samochodów prywatnych dla celów służbowych, czynsze dzierżawne itp. Tylko wtedy można dokonać szczegółowej analizy poszczególnych grup kosztów i ocenić ich poziom w kontekście zadań realizowanych przez dany ośrodek.

2. **Wykorzystać jako podstawę budżetowania kosztów bezpośrednich zestandaryzowane procedury medyczne⁴ i normy zużycia zasobów.** Normy, w zależności od charakteru ośrodka i realizowanych przez niego zadań, dotyczyć mogą zużycia na jedną procedurę (np. diagnostykę ultrasonograficzną jamy brzusznej), jeden osobodzień (koszty żywienia pacjenta, koszty hotelowe itp.), na jednostkę chorobową⁵ (np. koszty związane z leczeniem urazu śródczaszkowego), jednego pacjenta (np. koszty związane z przyjęciem pacjenta do szpitala) itp. Normy i zestandaryzowane procedury ułatwiają budżetowanie kosztów i ich kontrolę. W przypadku kosztów, w odniesieniu do których nie można ustalić norm

³ C. Drury, *Rachunek kosztów*, PWN, Warszawa 1996, s. 377.

⁴ Przez procedurę medyczną rozumie się „...takie elementarne świadczenie zdrowotne, które jest nośnikiem kosztów w ośrodku je wykonującym, a równocześnie jest świadczeniem powtarzalnym i możliwym do samodzielnego wyodrębnienia.” (I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s.78).

⁵ Przez jednostkę chorobową rozumiemy całkowity proces leczenia pacjenta na oddziale (w danym ośrodku odpowiedzialności).

zużycia, ich budżety mogą być określone na podstawie szczegółowej analizie ich poziomu z okresów ubiegłych. Chodzi bowiem o to, by nie akceptować bezkrytycznie zużycia, które mogło być zawyżone lub które powinno się zmienić na skutek zmienionych warunków funkcjonowania ośrodka w okresie budżetowym. Standaryzacja procedur umożliwi określenie niezbędnego zużycia środków medycznych i pracy pracowników medycznych. Z kolei normy zużycia czynników pozamedycznych (np. środków czystości, pracy konserwatorów), uwzględniające warunki techniczno-organizacyjne zakładu, umożliwiają ustalenie na racjonalnym poziomie pozostałych kosztów bezpośrednich związanych z funkcjonowaniem ośrodków medycznych i niemedycznych.

Budżet kosztów bezpośrednich procedur medycznych może być określony według formuły:

$$BKB_m = \sum_{i=1}^j Q_i \cdot n_i \cdot c$$

gdzie: BKB_m – budżet kosztów bezpośrednich procedur medycznych,

Q_i – przewidywana liczba procedur medycznych danego rodzaju w okresie budżetowym,

n_i – norma jednostkowego zużycia danego zasobu na i -tą procedurę

c – przewidywana cena jednostkowa danego zasobu.

W analogiczny sposób określać można koszty zużycia czynników niemedycznych, z tym tylko, że będą one zależały od mierników ilościowych innych niż liczba zrealizowanych procedur medycznych (np. środki czystości od metra kwadratowego powierzchni ośrodka czy liczby pacjentów).

3. Podzielić koszty pośrednie na część zmienną i część stałą. Podział taki umożliwi bardziej precyzyjne określenie budżetu dla tej grupy kosztów. Budżet zmiennej części kosztów pośrednich uzależnić można od przewidywanej zmiany zadań dla danego ośrodka odpowiedzialności, przewidywanej zmiany cen zużywanych zasobów oraz ewentualnych oszczędności kosztowych. Budżet kosztów pośrednich o charakterze stałym zależałby od przewidywanego wzrostu cen czynników gospodarczych oraz zadanych oszczędności kosztowych. W obu przypadkach podstawą tworzenia budżetów na okresy następne byłyby koszty rzeczywiście poniesione w okresie ubiegłym. Formuły na budżetowanie tej grupy kosztów dla poszczególnych pozycji rodzajowych można zapisać następująco:

$$BKPZ = KPZ_o \cdot (1 + dz) \cdot (1 + dc) \cdot (1 - o)$$

$$BKPS = KPS_o \cdot (1 + dc) \cdot (1 - o)$$

gdzie: $BKPZ$ – budżet kosztów pośrednich zmiennych,

- dz* – przewidywany wzrost zadań (np. liczby procedur medycznych) komórki (w procentach),
dc – przewidywany wzrost cen danego czynnika gospodarczego (w procentach)
o – zadana obniżka kosztów (w procentach).

4. **Ująć w budżecie ośrodka odpowiedzialności nie tylko koszty proste, lecz również koszty złożone.** Oznacza to, że ośrodki te powinny być obciążane również kosztami związanymi z korzystaniem z usług innych ośrodków wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej. Na przykład kierownik oddziału szpitalnego (ordynator) nie może być odpowiedzialny tylko za koszty zużytych leków, środków opatrunkowych czy sprzętu medycznego. To on (lub jego współpracownicy) decyduje o liczbie i rodzaju badań diagnostycznych, okresie pobytu pacjenta w szpitalu i związanych z tym kosztach wyżywienia i zakwaterowania. Istnieje więc potrzeba przypisywania do poszczególnych ośrodków odpowiedzialności wszystkich kosztów prostych i złożonych, które powstały na skutek decyzji podjętych w danym ośrodku. Istotnym utrudnieniem w procesie budżetowania jest określenie poziomu kosztów złożonych (kosztów świadczeń wzajemnych między poszczególnymi ośrodkami odpowiedzialności, np. kosztów badań diagnostycznych, które należy przypisać poszczególnym oddziałom medycznym). Koszty te powinny być ujmowane w budżetach odbiorców usług wewnętrznych w wysokości proporcjonalnej do ilości tych usług. Oznacza to, że:

a) koszty zmienne usługi powinny być uzależnione od przewidywanego zakresu usługi i przewidywanych cen zużywanych zasobów (np. cen odczynników zużywanych przy analizach lekarskich, czas niezbędny do wykonania jednej analizy i stawki godzinowej laboranta);

b) koszty stałe komórki świadczącej usługę powinny obciążać zleceniobiorcę proporcjonalnie do stopnia potencjału usługowego zleceniodawcy zaangażowanego na rzecz zleceniobiorcy; podstawę kalkulacji tej części kosztów powinien stanowić budżet kosztów stałych zleceniobiorcy, a nie jego koszty rzeczywiste.

W związku z tym **budżet kosztów złożonych związanych z pojedynczą usługą wewnętrzną** może być określony według formuły:

$$BKL = K_{-u} + \frac{BKSW}{PUW} \cdot WPZ$$

gdzie: K_{-u} – koszty zmienne usług,

$BKSW$ – budżet kosztów stałych komórki (ośrodka odpowiedzialności) świadczącej usługę,

PUW – potencjał usługowy danej komórki (ośrodka odpowiedzialności),

WPZ – wykorzystanie potencjału usługowego wykonawcy na rzecz usługobiorcy.

5. **Nie obciążać kosztów ośrodków odpowiedzialności kosztami ogólnego zarządu.** Koszty te w małym stopniu związane są z pracą komórek produkcyjnych i usługowych. Nie jest to wskazane ze względu na:

a) brak wpływu kierowników ośrodków zadaniowych i usługowych na wysokość generowanych kosztów ogólnego zarządu,

b) trudności w znalezieniu obiektywnego klucza podziałowego tych kosztów między poszczególne ośrodki, co wśród kierowników tych ośrodków budzi wątpliwości o słuszności dokonanego podziału tych kosztów,

c) spadek poczucia odpowiedzialności za koszty generowane wśród kierowników ośrodków odpowiedzialności, związane z tym, że i tak część kosztów będzie im przypisana bez względu na starania o obniżenie pozostałej części kosztów,

d) rozliczenie tych kosztów na ośrodki odpowiedzialności zaciemnia na ogół rzeczywisty obraz efektywności ich pracy. Koszty te i tak muszą być pokryte z ogólnej nadwyżki ekonomicznej wygospodarowanej przez poszczególne ośrodki odpowiedzialności. Z punktu widzenia końcowego celu firmy nie ma znaczenia, w jakim stopniu poszczególne ośrodki odpowiedzialności będą partycypowały w pokryciu tych kosztów. Muszą one jednak wypracować pewną nadwyżkę, konieczną do pokrycia kosztów ośrodków kosztowych, którym nie można przypisać żadnych przychodów, a których funkcjonowanie jest konieczne (np. dział kadr czy dział księgowości). W ramach zakładu mogą być utrzymywane również takie ośrodki, których przychody będą niższe od wygenerowanych kosztów. Również stratę powstałą w takich ośrodkach trzeba pokryć nadwyżką wygospodarowaną przez ośrodki dochodowe.

6. **Podzielić koszty poszczególnych ośrodków na kontrolowane i niekontrolowane.** Koszty kontrolowane to te pozycje kosztowe, których wysokość zależy od decyzji danego kierownika (np. koszty leków zużywanych na oddziale), a koszty niekontrolowane to te, na których poziom kierownik nie ma wpływu (np. amortyzacja, jeżeli decyzje inwestycyjne są zastrzeżone dla wyższych szczebli kierowania). Niejednokrotnie powstaje wątpliwość, czy koszty niekontrolowane powinny być wykazywane w budżecie kosztów ośrodka odpowiedzialności. Kierownika ośrodka nie można bowiem rozliczać z poziomu tych kosztów. Są one skutkiem decyzji podejmowanych na wyższych szczeblach zarządzania. Wydaje się jednak, że w budżecie danego ośrodka odpowiedzialności powinny się znaleźć wszystkie koszty związane z jego funkcjonowaniem, bez względu na stopień ich kontroli przez bezpośredniego kierownika. Takie budżety zawierają pełną informację o kosztach generowanych przez poszczególne komórki i pozwalają nie tylko na rozliczenie poszczególnych kierowników z poniesionych kosztów, lecz również na ocenę adekwatności wszystkich kosztów związanych z daną komórką w odniesieniu do realizowanych przez nią zadań lub osiąganego wyniku finansowego.

Dla niektórych ośrodków wynikowych o charakterze usługowym oraz zadaniowym budżet może zakładać zerową nadwyżkę (marżę brutto) przychodów nad kosztami. Zerowa marża brutto oznacza, że od danego ośrodka oczekuje się zreali-

zowania takiego poziomu sprzedaży (takich przychodów), które pokryją jego koszty. Oczekiwana wielkość przychodów takiego ośrodka wynosi:

$$P_o = \frac{K_{so}}{smb_o}$$

gdzie: P_o – oczekiwane przychody ośrodka,

K_{so} – koszty stałe danego ośrodka,

smb_o – stopa marży określona przez relację marży brutto I lub II stopnia do przychodów.

Dotatnia marża brutto wygospodarowana przez ośrodki wynikowe (rentowności) jest źródłem pokrycia kosztów ogólnego zarządu zakładu. Komórki zarządu mają swoje odrębne budżety kosztowe, z których wykonania są oddzielnie rozliczane, zgodnie z zasadami oceny ośrodków kosztowych. Jednak przynajmniej część ośrodków wynikowych musi wygospodarować odpowiednio wyższą marżę brutto, by zakład opieki zdrowotnej nie poniósł straty. Wysokość przychodów dla takich ośrodków określać można następująco:

$$P_{od} = \frac{K_{so} + u \cdot K_{oz}}{smb_o}$$

gdzie: P_{od} – przychody ośrodka wynikowego o dodatniej marży brutto,

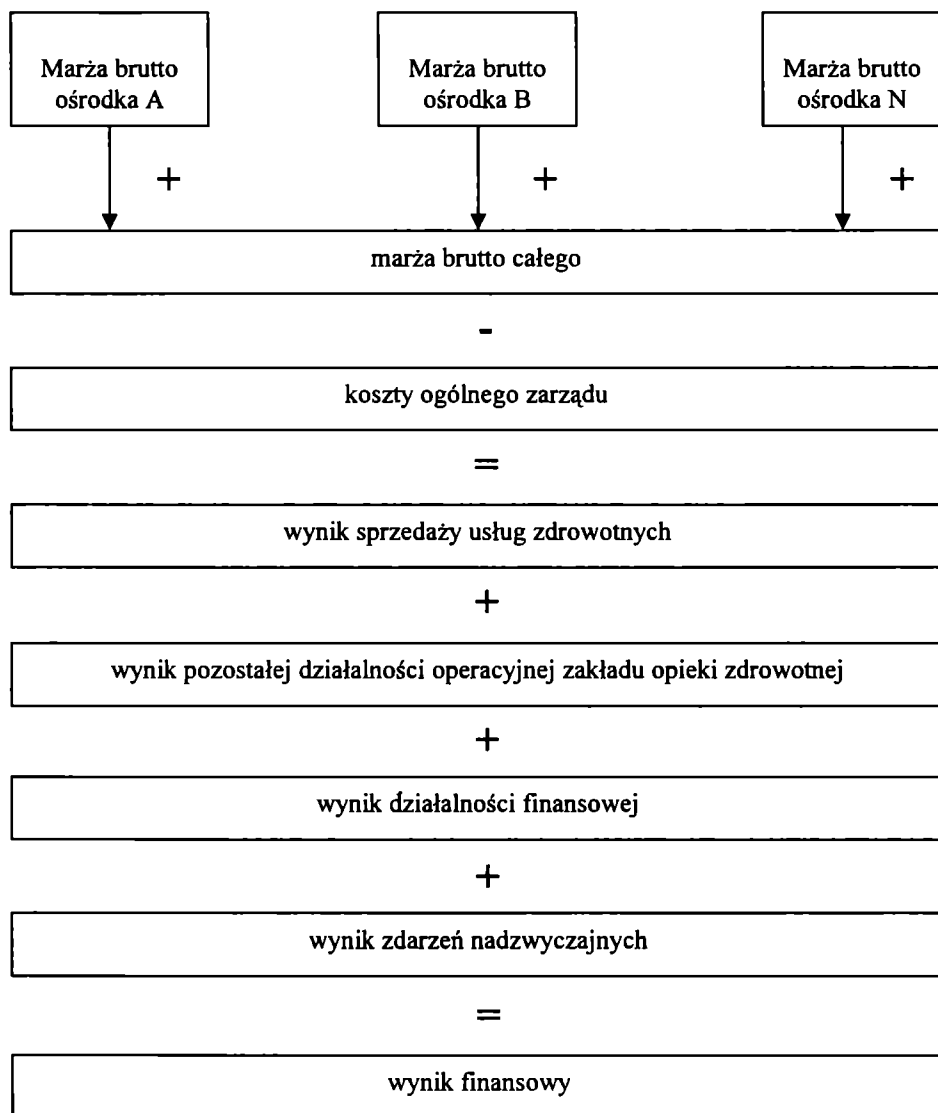
K_{oz} – koszty ogólnego zarządu zakładu opieki zdrowotnej,

u – procentowy udział danego ośrodka w planowanym pokryciu kosztów ogólnego zarządu.

Udział poszczególnych ośrodków wynikowych w pokryciu kosztów ogólnego zarządu powinien być proporcjonalny do ich potencjału usługowego i możliwości sprzedaży.

Przychody całego zakładu są sumą przychodów ze sprzedaży zewnętrznej wszystkich ośrodków odpowiedzialności lub sumą przychodów wszystkich ośrodków pomniejszoną o obroty wewnętrzne. **Koszty zakładu** są sumą kosztów wygenerowanych przez poszczególne ośrodki pomniejszoną o obroty wewnętrzne (wartość świadczeń wzajemnych poszczególnych ośrodków wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej).

Syntetycznym wyrazem efektów pracy poszczególnych ośrodków odpowiedzialności jest ich wkład do wyniku finansowego całego zakładu opieki zdrowotnej (por. ryc. 2). Wkład ten zostaje zaplanowany przez określenie zadań ośrodków i związanego z nimi budżetu.



Ryc. 2. Struktura wyniku finansowego zakładu opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne.

Istotne znaczenie dla procesów kontroli efektów pracy ośrodków odpowiedzialności ma system ewidencyjno-księgowy. Przychody i koszty muszą być nie tylko ewidencjonowane według miejsc ich powstawania, lecz musi istnieć techniczna możliwość bieżącej ich obserwacji. Informacje o poniesionych kosztach

muszą być dostępne praktycznie każdego dnia, a nie tylko po zakończeniu okresu sprawozdawczego. Wtedy nie można już przeciwdziałać nadmiernemu powstawaniu kosztów. Bezpośredni dostęp do bieżącej informacji o przychodach i kosztach powinni mieć kierownicy ośrodków odpowiedzialności. Tylko wtedy mogą tymi kosztami sterować. System ewidencji księgowej powinien być automatycznie powiązany z systemem kontroli kosztów. Oznacza to konieczność przystosowania systemu informacyjnego przedsiębiorstwa do potrzeb bieżącej kontroli efektów pracy ośrodków odpowiedzialności.

3. Procedura budżetowania

Budżet dla zakładu i poszczególnych ośrodków odpowiedzialności może być przygotowany centralnie przez wyspecjalizowaną służbę finansowo-księgową (np. dział lub stanowisko ds. controllingu lub planowania i analiz ekonomicznych) lub też w sposób zdecentralizowany (przez ośrodki odpowiedzialności na podstawie wytycznych zarządu). Procedura wywiera istotny wpływ na skuteczność budżetowania. Budżety przygotowywane centralnie i przekazane poszczególnym ośrodkom do wykonania najczęściej są źle odbierane przez kadrę kierowniczą tych ośrodków. Rzadko są przez nią akceptowane, tym samym więc nie czuje się ona w pełni odpowiedzialna za ich wykonanie. Takie budżety mogą być często przyczyną powstawania w zakładach wielu skutków negatywnych. Zamiast integrować menedżerów i podległych im pracowników wokół celów zakładu i motywować do realizacji przydzielonych ośrodkom zadań, stają się przedmiotem nieporozumień, wzajemnych oskarżeń i konfliktów. Zarzuca się im na ogół niski stopień realności i nieuwzględnienie w dostatecznym stopniu warunków pracy danego ośrodka odpowiedzialności.

Ze względu na to **uważa się, że w procesie budżetowania powinni uczestniczyć kierownicy ośrodków, którzy później będą te budżety realizować i odpowiadać za ich wykonanie.** Oni najlepiej znają przedmiot działalności, którą bezpośrednio kierują, i warunki jej prowadzenia. Mogą więc twórczo współpracować w tworzeniu budżetu. Wzmacnia się w ten sposób poczucie odpowiedzialności za realizację zadań budżetowych. Wprawdzie wydłuża to czas niezbędny na przygotowanie budżetów, jednakże zwiększa ich skuteczność.

Każdy zakład opieki zdrowotnej powinien opracować własną procedurę budżetowania uwzględniającą konkretne warunki funkcjonowania. Zdecentralizowana procedura budżetowania wymaga powołania komisji budżetowej, w której skład, powinien wchodzić zastępca dyrektora ds. finansowych, menedżerowie odpowiedzialni za realizację budżetów poszczególnych ośrodków odpowiedzialności oraz pracownik odpowiedzialny za koordynację budżetów i bieżącą analizę ich wykonania.

Proces budżetowania składa się z następujących etapów:

1. **Określenie celów operacyjnych zakładu** w okresie budżetowym (np. takich, jak: poziom wyniku finansowego, udział w rynku, wejście na nowe segmenty rynku usług medycznych, rozwój potencjału usługowego, itp.). Chodzi o to, by przygotowany budżet umożliwiał osiągnięcie celów operacyjnych i strategicznych zakładu.

2. **Opracowanie wytycznych do budżetowania**, które powinni otrzymać kierownicy poszczególnych ośrodków. Powinny one zawierać m.in.:

a) przewidywane ceny na usługi realizowane przez poszczególne ośrodki, przewidywane wskaźniki wzrostu cen zaopatrzeniowych (leków, środków opatrunkowych, energii itp.), wskaźniki oszczędności kosztowych, wielkość zatrudnienia, wskaźniki wzrostu wynagrodzeń, przewidywane zmiany w ilości i strukturze usług,

b) terminy przygotowania projektów budżetów przez poszczególne ośrodki, terminy negocjacji oraz zatwierdzenia ostatecznej wersji budżetu.

Powinny one być zatwierdzone przez zarząd zakładu.

3. **Przygotowanie szczegółowych budżetów** przez poszczególne ośrodki odpowiedzialności z podziałem na podstawowe rodzaje usług, pacjentów, przedziałów czasowych.

4. **Wzajemne uzgadnianie budżetów poszczególnych ośrodków odpowiedzialności**. Każdy z kierowników powinien mieć możliwość negocjowania (obrony przyjętych wielkości i polemizowania z wymaganiami stawianymi przez komisję budżetową oraz przedstawienia komisji argumentów przemawiających za przedstawioną przez niego wersją budżetu. Argumenty nie zawsze muszą być przyjęte, a propozycja budżetu może być przez komisję zmieniona. Chodzi jednak o to, że autor budżetu powinien być przez komisję wysłuchany, a w razie konieczności zmiany przedstawionej przez niego wersji powinien uzyskać wyjaśnienie okoliczności, które taką zmianę uzasadniają. Tylko przy takiej procedurze można oczekiwać, że menedżerowie będą traktowali zatwierdzone budżety jako własne.

5. **Połączenie budżetów cząstkowych w budżet główny** (wspólny budżet całego zakładu), obejmujący również budżet wyników (rachunek zysków i strat *pro forma*), budżet strumieni pieniężnych (rachunek przepływów pieniężnych *pro forma*) i bilans *pro forma*.

6. **Zatwierdzenie budżetu przez zarząd zakładu** i przekazanie budżetów cząstkowych do realizacji poszczególnym ośrodkom odpowiedzialności.

Budżetowanie nie kończy się w momencie zatwierdzenia budżetów, lecz jest procesem ciągłym. W trakcie realizacji komisja budżetowa powinna poddawać okresowej analizie i ocenie stopień wykonania budżetów i wprowadzać konieczne korekty. Skuteczność budżetowania zależy m.in. od systematycznego dostosowywania zadań budżetowych do zmieniających się warunków funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

4. Wnioski końcowe

Proponowane rozwiązanie jest dość proste. Wymaga jednak wprowadzenia poważnych zmian w istniejącym systemie ewidencyjnym oraz jego komputeryzacji. Zmiany te są związane z:

- a) wprowadzeniem do zakładowego planu kont dodatkowych kont analitycznych, umożliwiających szczegółową ewidencję według ośrodków odpowiedzialności nie tylko kosztów, lecz i przychodów oraz obrotów wewnętrznych,
- b) koniecznością identyfikacji i standaryzacji procedur medycznych oraz określeniem lub uzupełnieniem norm zużycia dla procesów niemedyceńskich,
- c) umożliwieniem bieżącej obserwacji stopnia wykonania budżetu przez poszczególne ośrodki odpowiedzialności,
- d) utworzeniem (szczególnie w dużych zakładach, np. w szpitalach) stanowiska lub komórki ds. rachunkowości zarządczej, które zajmowałyby się koordynacją procesu budżetowania, analizą i oceną wykonania zadań budżetowych.

Literatura

- [1] Drury C., *Rachunek kosztów*, PWN, Warszawa 1995.
- [2] Klich J., Kautsch M., Campbell P., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
- [3] Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalis”, Kraków 1999.
- [4] Szychta A., *Planowanie i kontrola kosztów, przychodów i wyników*, [w:] *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, red. A. Jarugowa, SKwP, Warszawa 1998.

BUDGETING AS A METHOD OF MANAGING HEALTH CARE UNITS

Summary

New rules of financing medical outposts changed their financial situation. In spite of the deficiency of accepted solutions, medical outposts management focused on costs and incomes adjustment. Costs management became one of the main issue on the current development level of public medical outposts. It requires moving responsibility from management level to the sections. This kind of responsibility will be possible on condition that proper cost budget system and information system, which enable to attribute real costs to proper sections or stands, will be implemented.

In spite of the medical services specification, a lot of solutions in management, which are used in production or no medical services can be used in medical outposts. One of this kind of solution is budget. It enable to enclose all incomes and costs in one integral financial plan, which provide current steering of medical outposts activity.