

Iwona Mazur

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
Instytut Ekonomii i Zarządzania

NOWOCZESNE KONCEPCJE RACHUNKU KOSZTÓW I BUDŻETOWANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wstęp

Menedżerowie zakładów opieki zdrowotnej ciągle poszukują metod pozwalających na obniżenie, zrationalizowanie ponoszonych kosztów prowadzonej działalności, i właśnie budżetowanie jest jedną z metod, która pozwala spełnić oczekiwania zarządzających.

Budżetowanie jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem jest znana menedżerom od bardzo wielu lat, stanowi wręcz pewien standardowy pakiet zarządzania. Natomiast w sektorze ochrony zdrowia budżetowanie pojawiło się stosunkowo niedawno. Dopiero, tak naprawdę, obowiązek prowadzenia rachunku kosztów w roku 1999 stworzył możliwość wdrażania budżetowania w tych jednostkach. Rachunek kosztów jest jednym z najistotniejszych źródeł informacji niezbędnych w tworzeniu budżetów, dlatego w artykule szczególną uwagę zwrócono na problem budżetowania kosztów działalności szpitala i jego związek z modelem rachunku kosztów.

W literaturze przedmiotu, a także w opiniach praktyków pojawiają się coraz częściej słowa krytyki tradycyjnych modeli rachunku kosztów, w efekcie prowadzących do krytyki klasycznych metod budżetowania. Podstawowy zarzut to dostarczanie nierzetelnej i niewiarygodnej informacji o kosztach, co w konsekwencji powoduje, że podejmowane na ich podstawie decyzje są niewłaściwe, a czasami wręcz szkodliwe dla zakładu. Taka sytuacja powoduje utratę zaufania do tych narzędzi zarządzania. Pojawiają się opinie, że z budżetowania jako metody zarządza-

nia należy zrezygnować całkowicie¹. Istnieją jednak możliwości usprawnienia, modyfikacji zarówno modelu rachunku kosztów jak i procesu budżetowania, tak aby mogły stać się na powrót narzędziami skutecznego zarządzania i aby spełniały oczekiwania zarządzających. W artykule przedstawiono propozycję wykorzystania rachunku kosztów, działań (ABC) jako podstawowego źródła informacji kosztowej, na podstawie której będzie realizowany proces budżetowania kosztów zakładu opieki zdrowotnej.

2. Krytyka tradycyjnych modeli rachunku kosztów oraz tradycyjnych metod budżetowania

Tylko właściwy model rachunku kosztów jest warunkiem dobrego i rzetelnego procesu budżetowania. Rachunek kosztów obowiązujący w zakładach opieki zdrowotnej od 1999 r.² to typowy tradycyjny rachunek kosztów pełnych, gromadzący koszty w trzech podstawowych układach ewidencyjnych: rodzajowym, podmiotowym (według typów działalności) i przedmiotowym (według nośników). W porównaniu z poprzednio obowiązującym modelem z roku 1992³ nowy sposób zapewnia zdobycie informacji nie tylko o rodzajach poniesionych kosztów i miejscach ich powstawania, ale również, co jest najistotniejsze, o kosztach jednostkowych świadczeń medycznych. Wprowadzenie tego modelu rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej umożliwiło wdrożenie systemu budżetowania kosztów w tych jednostkach. Należy jednak pamiętać, że ten niewątpliwie nowatorski (w ochronie zdrowia) model rachunku kosztów oprócz zalet ma również wady i nie spełnia wymagań związanych z nowoczesnymi standardami zarządzania w obszarze usług medycznych.

Do najistotniejszych wad funkcjonującego w praktyce zakładów opieki zdrowotnej rachunku kosztów, zdecydowanie rzutujących na proces budżetowania, należą:

- zniekształcenia informacji kosztowej spowodowane niewłaściwym rozliczaniem kosztów pośrednich;
- kłopoty z ustaleniem związku przyczynowo-skutkowego powstawania kosztów;
- informacje płynące z tego rachunku, pokazujące tylko, na co i gdzie są wydawane środki, nic natomiast nie mówiące o kosztach poszczególnych procesów i działań;

¹ J.Hope, R. Fraser, *Precz z budżetami!*, Harvard Business Review Polska, grudzień 2003, s. 112.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 164, poz. 1194.

³ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, „Monitor Polski” nr 19 poz. 145.

- źle skalkulowane koszty jednostkowe usług nie pozwalające na prawidłową ocenę ich rentowności;
- nie możliwość prawidłowego obliczenia kosztów nie wykorzystanych zasobów;
- źle obliczone koszty, np. usług laboratoryjnych, mogące spowodować błędną decyzję o outsourcingu tych usług (przykłady można mnożyć).

Generalnie o słabości modelu rachunku kosztów pełnych, jak pisze Durbajło-Mrowiec, tak naprawdę stanowią dwie procedury obliczeniowe:⁴

- proporcjonalizacja kosztów stałych,
- rozliczanie na poszczególne produkty kosztów wspólnych za pomocą tradycyjnych kluczy podziałowych.

Badania empiryczne przeprowadzone przez I. Sobańską w latach 1999-2000, których przedmiotem były 92 przedsiębiorstwa polskie, potwierdziły wymienione wady tradycyjnych modeli rachunku kosztów. Wśród badanych przedsiębiorstw ok. 94% określiło rachunek kosztów pełnych jako niedobry lub niewłaściwy z punktu widzenia potrzeb informacyjnych procesu zarządzania, 40% badanych przedsiębiorstw już zmieniło system rachunku kosztów, a w 47% zmiany systemu rachunku kosztów były rozpoczęte lub zaplanowane.⁵

Podobne informacje uzyskała U. Wawer. Prowadząc badania w latach 1999-2000, dokonała analizy i oceny aktualnie obowiązującego rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej na potrzeby zarządzania. Z przeprowadzonych badań wynikało, że 80% respondentów uznaje iż informacja o kosztach jest ważna, ale jednocześnie negatywnie oceniło jej jakość; 78% ankietowanych odpowiedziało, że najbardziej są zainteresowani informacjami o kosztach jednostkowych usług⁶ – a te są najbardziej zniekształcone przez rachunek kosztów pełnych.

Wobec tych zarzutów należy stwierdzić, że **wdrożenie budżetowania na podstawie zniekształconych informacji kosztowych przyczyni się do podejmowania niewłaściwych decyzji przez zarządzających zakładami opieki zdrowotnej.** Opracowane na ich podstawie budżety będą powielały błędy niewłaściwego rachunku kosztów. Efektem wymienionych wad rachunku kosztów pełnych są opinie, że budżetowanie oparte na tym modelu rachunku jest mało efektywne, kosztowne i w konsekwencji nie odpowiada rzeczywistym potrzebom zakładu opieki zdrowotnej.

Wobec tego należy uznać, że z powodu wymienionych wad i ograniczeń rachunek kosztów pełnych nie uwzględnia w stopniu wystarczającym potrzeb

⁴ M. Durbajło-Mrowiec, *Modele rachunku kosztów a zasady gromadzenia i przetwarzania kosztów stosowane w placówkach służby zdrowia*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu, nr 719, 1996, s.112.

⁵ *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, red. I. Sobańska, C.H. Beck, Warszawa 2003, s. 490.

⁶ U. Wawer, *Koncepcja rachunku kosztów szpitala lecznictwa stacjonarnego*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2001 (praca doktorska).

zarządzania. Wdrażanie budżetowania na podstawie informacji płynących z tego systemu rachunku kosztów jest również rozwiązaniem niewłaściwym. Ponadto metody stosowane obecnie w procesie budżetowania odzwierciedlają najdokładniej rzeczywistość jednostki w warunkach stabilizacji działań lub działań o niewielkim zakresie zmian. Klasyczne budżetowanie napotyka trudności w warunkach dużej zmienności otoczenia; dziś zakład opieki zdrowotnej świadczy usługi medyczne w warunkach równoczesnej restrukturyzacji, modernizacji oraz prowadzi nieustannie działania naprawcze mające na celu lepsze dostosowanie jednostki do warunków otoczenia bliższego i dalszego. Wielu autorów podkreśla ogromną pracochłonność i czasochłonność przygotowywania budżetów. Najczęściej formułowany zarzut mówi, iż budżetowanie odbywa się kosztem innych działań o znacznie większej wartości, takich jak np. dostarczanie menedżerom informacji, dzięki którym mogą podejmować lepsze decyzje. Z jednego z raportów wynika, że dziewięć z dziesięciu osób uznaje przygotowywanie budżetów za uciążliwe i nierzetelne⁷. Należy przyznać, że w tej sytuacji i w obecnym kształcie budżetowanie nie umożliwia w pełni skutecznego zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Na fali tej krytyki podjęto prace zmierzające do wypracowania nowoczesnych modeli rachunku kosztów i metod budżetowania.⁸ Efektem tych prac są dwa nurty tych badań: jeden koncentruje się na poszukiwaniu sposobów modyfikacji procesu budżetowania, drugi zaś poszukuje narzędzi, które zastąpią budżetowanie, np. zrównoważone karty wyników (*balanced scorecard*).

3. Nowoczesne koncepcje rachunku kosztów i procesu budżetowania

Nowoczesne koncepcje rachunku kosztów nie stanowią alternatywy dla aktualnie obowiązującego modelu, ale są jego rozwinięciem. Jedną z nich jest rachunek kosztów działań. Zmieniające się modele rachunku kosztów nie dyskredytują takiego narzędzia zarządzania, jakim jest budżetowanie – powodują jedynie zmiany metod i procedur tego procesu. Istota i cel budżetowania pozostają niezmiennie – zawsze chodzi o poprawę wyniku finansowego przez racjonalizację gospodarki zasobami jednostki (ludzkimi rzeczowymi i finansowymi), co w następstwie prowadzi do obniżenia kosztów prowadzonej działalności.

W ostatnich latach obserwujemy wyraźne zmiany w strukturze kosztów ponoszonych zarówno przez przedsiębiorstwa, jak i przez sektor usług, w tym zakłady opieki zdrowotnej. W wyniku rozwoju m.in. nowoczesnych technologii medycznych, wzrostu znaczenia jakości świadczonych usług oraz ich ogromnego zróżnicowania zauważono znaczny wzrost poziomu kosztów pośrednich. Jak wykazują

⁷ J. Hope, R. Fraser, op. cit., s 117.

⁸ W. Krawczyk, B. Bek-Gaik, M. Łada-Cieślak, *Budżetowanie działalności przedsiębiorstw*, Agencja Wydawnicza Poligraficzna, Kraków 2001, s. 12.

badania, w procedurach medycznych udział kosztów pośrednich w ogólnym koszcie wytworzenia wynosi ok. 70%⁹. Między innymi to zjawisko spowodowało zainteresowanie menedżerów ochrony zdrowia **rachunkiem kosztów działań (ABC)**. Twórcami tego modelu rachunku kosztów są Cooper, Kaplan i Volmann. **Rachunek ten skupia się na działaniach powodujących powstawanie kosztów**, tradycyjne zaś systemy rachunku kosztów za bezpośrednią przyczynę kosztów uważają wytworzenie usługi, produktu. **Nośnikiem kosztów w modelu ABC nie jest więc sam produkt, lecz są nimi działania, które są konieczne do ich wytworzenia**. Koszty bezpośrednie są traktowane tak samo przez oba modele rachunku. Rachunek kosztów działań stanowi alternatywę dla tradycyjnych metod rozliczania kosztów pośrednich. Tradycyjny system rozliczania kosztów pośrednich polega na przypisywaniu części kosztów odpowiednim ośrodkom odpowiedzialności (miejscom powstawania kosztów), a następnie rozliczaniu ich na produkty za pomocą umownych kluczy podziałowych. Stosuje się najczęściej jeden klucz podziałowy. Taki sposób alokacji kosztów pośrednich jest zgodny z ustawą o rachunkowości i z cytowanym wcześniej rozporządzeniem Ministra Zdrowia, ale nie jest najlepszym sposobem alokacji z punktu widzenia zarządzania. Rachunek kosztów działań (ABC) umożliwia bardziej adekwatne, lepsze rozliczenie kosztów pośrednich na poszczególne nośniki kosztów. Koszty pośrednie są rozliczane na usługi za pomocą wielu różnych podstaw rozliczeń, tzw. *cost drivers*. Ponadto w koncepcji ABC kładzie się szczególny nacisk na właściwe rozpoznanie przyczyn powstawania kosztów oraz kontrolę ich zmienności. To powoduje, że rachunek kosztów działań staje się źródłem informacji kosztowej o zupełnie nowej jakości.

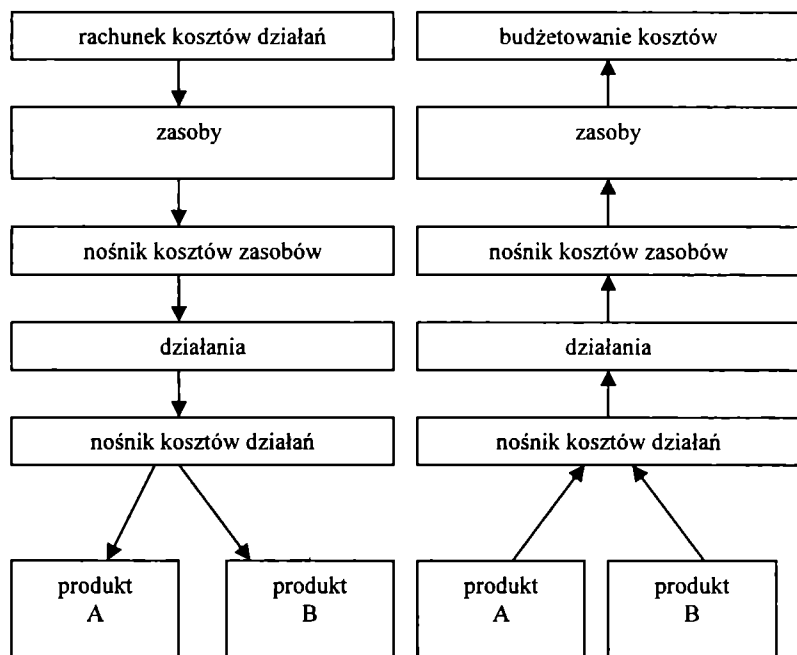
Podstawą rachunku kosztów działań oraz budżetowania opartego na działaniach jest spojrzenie na zakład opieki zdrowotnej przez pryzmat realizowanych w nim procesów i działań niezbędnych do wykonania usług medycznych. Przewidywana wielkość działań i wielkość zużytych przez nie zasobów jest podstawą planowania kosztów działań.

4. Zasady budżetowania kosztów działań

Zasady i metodologia rachunku kosztów działań dostarczają podstaw do wdrożenia procesu budżetowania opartego na działaniach. To rachunek kosztów działań dostarcza niezbędnych do procesu budżetowania informacji o zidentyfikowanych działaniach, zasobach, nośnikach kosztów zasobów i działań czy o obiektach kosztów. Podstawowym wymogiem budżetowania opartego na działaniach jest prawidłowe zastosowanie koncepcji ABC. R. Kaplan i R. Cooper uważają, że budżeto-

⁹ I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s. 12.

wanie kosztów działań jest „odwróceniem” rachunku kosztów działań.¹⁰ W rachunku kosztów najpierw dokonuje się wyceny działań przez przyporządkowanie kosztów pośrednich do działań, a następnie rozlicza się koszty działań na wykonane usługi, procedury medyczne czy pacjenta. W procesie budżetowania kosztów działań analiza odbywa się w kierunku odwrotnym. Schemat postępowania przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Rachunek i budżetowanie kosztów działań

Źródło: Kaplan R., Cooper R., *Zarządzanie kosztami działań i efektywnością*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000.

Budżetowanie oparte na działaniach ma wiele cech wspólnych z budżetowaniem tradycyjnym; w obu przypadkach prace należy rozpocząć od ustalenia celów i założeń budżetowych, w proces zaangażować kierowników i pracowników poszczególnych oddziałów, sporządzić wytyczne i wskaźniki budżetowe, przygotować właściwe formularze czy wreszcie koordynować proces budżetowania.

Ale to różnice stanowią o przewadze budżetowania opartego na działaniach nad budżetowaniem tradycyjnym. Oto podstawowe z nich:

¹⁰ R. S. Kaplan, R. Cooper, *Zarządzanie kosztami działań i efektywnością*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000, s. 366.

1) budżet kosztów działań uwzględnia takie czynniki jak rodzaj i liczba pacjentów, dla których realizowane są usługi oraz sposób ich sprzedaży;

2) koszty działań charakteryzuje duża jednorodność, co zwiększa prawidłowość ich grupowania, porównywania i analizy;

3) alokacja kosztów pośrednich na obiekty kosztowe (pacjent, procedura medyczna, jednostka chorobowa) odbywa się z uwzględnieniem istotnych procesów zachodzących w zakładzie opieki zdrowotnej;

4) ważną cechą jest posługiwanie się miarami niefinansowymi jako przyczynami powstawania kosztów działań, co stwarza nową perspektywę ustalania danych wyjściowych do sporządzania budżetów oraz niefinansowych norm jako bazy do porównań w sprawozdaniach z realizacji budżetów;

5) w procesie budżetowania łańcuch wartości jest poddawany analizie, co ma wpływ na podejmowane decyzje o usprawnieniu lub eliminacji pewnych działań;¹¹

6) budżety przygotowuje się najczęściej tzw. metodą „od zera”.

Budżetowanie kosztów na podstawie działań ma wyjątkowe znaczenie w określaniu kosztów działań tworzących tzw. wartość dodaną. W zakładach opieki zdrowotnej są to działania istotne z punktu widzenia pacjenta. Poziom i jakość świadczonych usług medycznych wpływają na wartość dostarczaną pacjentom. To właśnie na poziomie działań zwiększających wartość powinny być ustalone standardowe koszty działań. Tworzenie zaś budżetów kosztów dotyczących działań nie tworzących wartości dodanej (zarządzanie kadrami, obsługa prawna) będzie narzędziem redukcji kosztów. Ma to ogromne znaczenie dla zakładów opieki zdrowotnej, które funkcjonują w warunkach niezwykle ograniczonych środków finansowych – chodzi o to, żeby przeznaczać środki na te działania, które dla zakładu są najistotniejsze.

Powyższe rozważania wskazują, że konieczne są stałe poszukiwania możliwości udoskonalania procesu budżetowania. Modyfikacje tego procesu powinny dotyczyć metod, środków działania oraz funkcji, jakie powinno pełnić budżetowanie kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej. Ustawiczne zmiany zachodzące w otoczeniu tych jednostek, a także zmiany zachodzące wewnątrz szpitala powodują, że proces budżetowania również musi podlegać udoskonaleniom i zmianom czyniąc z niego narzędzie efektywnego i skutecznego zarządzania szpitalem. W opinii autorki niniejszego artykułu budżetowanie kosztów szpitala na podstawie rachunku kosztów działań jest właśnie takim narzędziem zarządzania. Znane są oczywiście inne nowoczesne modele rachunku kosztów, np. rachunek kosztów docelowych czy rachunek cyklu życia produktu, mogące stanowić źródło informacji do opracowywania budżetów. W sektorze przedsiębiorstw spotykamy przykłady ich wdrożenia, w literaturze przedmiotu brak jednak doniesień, na temat wykorzystania ich w ochronie zdrowia.

¹¹ A. Szychta, *Budżetowanie kosztów w przekroju działań*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce nr 46, 1998.

Na zmianę podejścia do procesu budżetowania ogromny wpływ wywiera, oprócz omówionej w artykule kwestii, jaką jest ewolucja modelu rachunku kosztów – coraz większy udział działań o tzw. charakterze jednorazowym, czyli projektów. W obszarze usług medycznych możemy mówić o konieczności budżetowania programów zdrowotnych. Tradycyjne metody budżetowania, takie jak budżetowanie elastyczne, narastające, nie stanowią dobrych rozwiązań dla budżetowania projektów. Tradycyjna procedura budżetowania zakłada duży zakres kontynuacji działalności. W praktyce budżety projektów zależą od wielkości projektów – dla projektów małych stanowią one często koszty komórek organizacyjnych, w których są realizowane, a projekty większe stanowią osobne centra odpowiedzialności. I wreszcie ostatnia kwestia, na którą autorka chce zwrócić uwagę, to tzw. budżetowanie wspólne. Proces budżetowania wspólnego dotyczy jednostek współpracujących ze sobą, zakres i cel takiego budżetowania może dotyczyć wspólnych decyzji inwestycyjnych, alokacji nadwyżek finansowych i wielu innych aspektów. Obecnie problematyka wspólnego budżetowania dotyczy przedsiębiorstw działających w ramach spółek kapitałowych. W sektorze ochrony zdrowia dotyczy obecnie przede wszystkim firm farmaceutycznych oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej wchodzących np. w skład holdingu.

5. Podsumowanie

Przedstawione w artykule nowe elementy w modelu rachunku kosztów oraz w podejściu do procesu budżetowania w zakładach opieki zdrowotnej wskazują, że w pierwszych latach wykorzystywania procesu budżetowania jako metody zarządzania cała uwaga menedżerów była skupiona przede wszystkim na prawidłowym wdrożeniu tego procesu. Obecnie należy zmierzać do udoskonalania procesu budżetowania i rachunku kosztów, tak aby stanowiły one źródło najbardziej adekwatnej informacji kosztowej, co ostatecznie pozwoli na wzrost efektywności i skuteczności zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Wdrożenie rachunku kosztów działań – zdecydowanie uwiarygodni koszty jednostkowe usług medycznych, pozwoli prawidłowo oszacować koszty niewykorzystanych zasobów czy wreszcie ocenić prawidłowo rentowność usług. Umożliwi też wprowadzenie procesowego zarządzania jednostką, które uważa się za jeden z ważniejszych czynników sukcesu firmy na rynku usług medycznych.

Literatura

- [1] Durbajto-Mrowiec M., *Modele rachunku kosztów a zasady gromadzenia i przetwarzania kosztów stosowane w placówkach służby zdrowia*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 719/1996.
- [2] Hope J., Fraser R., *Precz z budżetami*, Harvard Business Review Polska, grudzień 2003.

- [3] Kaplan R., Cooper R., *Zarządzanie kosztami działań i efektywnością*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000.
- [4] Krawczyk W., Bek-Gaik B., Łada-Cieślak M., *Budżetowanie działalności przedsiębiorstw*, Agencja Wydawniczo-Poligraficzna, Kraków 2001.
- [5] Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
- [6] *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, red. I. Sobańska, C.H. Beck, Warszawa, 2003.
- [7] Szycha A., *Budżetowanie kosztów w przekroju działań*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce nr 46, 1998.
- [8] Wawer U., *Koncepcja rachunku kosztów szpitala stacjonarnego*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2001, (praca doktorska).
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U 1998 nr 164, poz. 1194.
- [10] Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 r. „Monitor Polski” 1992 nr 19, poz. 145).

MODERN CONCEPTS OF COST ACCOUNTING AND BUDGETING IN HEALTH CARE UNITS

Summary

The paper discusses the need for modification of both the cost accounting model currently applicable in the health care sector and the need for refining the process of budgeting. A concept which can successfully be implemented in health care facilities is presented and activity-based costing is discussed in more detail.

