

Wykorzystanie informacji kosztowych w procesie zarządzania szpitalami w Słowenii

Magdalena Kludacz-Alessandri*

Streszczenie: *Cel* – celem opracowania jest analiza i ocena wykorzystania informacji pochodzących z rachunku kosztów w procesie zarządzania szpitalami w Słowenii. Rachunek kosztów stanowi bowiem główne narzędzie generujące informacje na potrzeby podejmowania ważnych decyzji ekonomicznych przez menedżerów nie tylko szpitali, ale wszystkich jednostek gospodarczych.

Metodologia badania – w opracowaniu przedstawiono wyniki badania empirycznego przeprowadzonego w słoweńskich szpitalach w latach 2012–2013. W badaniach uczestniczyła między innymi kadra kierownicza szpitali, która odpowiadała na pytania dotyczące wykorzystania informacji kosztowych w procesie zarządzania szpitalem.

Wynik – przeprowadzone badania pokazują, że szpitale w Słowenii w dużym stopniu wykorzystują rachunek kosztów w procesie zarządzania. Dyrektorzy szpitali posługują się informacjami kosztowymi przede wszystkim do budżetowania i kontroli kosztów. Na podstawie informacji kosztowych dokonują również oceny efektywności wykorzystania zasobów, analizują koszty JGP, podejmują decyzje dotyczące nabycia sprzętu medycznego i prowadzą negocjacje cenowe z płatnikiem.

Oryginalność/wartość – tematyka związana z wykorzystaniem rachunku kosztów w procesie zarządzania szpitalami działającymi w różnych krajach europejskich nie była wcześniej w Polsce przedmiotem badań empirycznych.

Słowa kluczowe: rachunek kosztów, proces zarządzania, szpitale

Wprowadzenie

Istotnym warunkiem efektywnego zarządzania i podejmowania trafnych decyzji zarządczych jest system informacyjny zapewniający dostęp do informacji kosztowych. Prawidłowe, rzetelne i wieloprzekrojowe informacje o kosztach są wykorzystywane na potrzeby zarządzania i procesów decyzyjnych również w takich podmiotach jak szpitale. Wymaga to jednak znajomości poszczególnych elementów kosztów, przyczyn ich powstawania oraz wzajemnych powiązań między nimi (Kiziukiewicz, 2014, s. 120).

Nierzadki podejmowanie decyzji w procesie zarządzania musi następować bardzo szybko. Dlatego osoby odpowiedzialne za zarządzanie nie zawsze mają czas na szczegółową analizę informacji, których zazwyczaj jest zbyt dużo, i potrzebują narzędzia, które dostarczy

* dr Magdalena Kludacz-Alessandri, Politechnika Warszawska, Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych w Płocku, 09-400 Płock, ul. Łukasiewicza 17, e-mail: m.kludacz@pw.plock.pl

na czas istotne informacje. Podstawowym źródłem takich informacji jest rachunek kosztów (Świdarska, 2013, s. 17).

Celem artykułu jest analiza zasad rachunku kosztów oraz ocena wykorzystania informacji o kosztach w procesie zarządzania szpitalami w Słowenii. Rachunek kosztów stanowi bowiem główne narzędzie generujące informacje na potrzeby podejmowania istotnych decyzji ekonomicznych przez menedżerów nie tylko szpitali, ale wszystkich jednostek gospodarczych.

W niniejszym opracowaniu zostały przedstawione wyniki badań empirycznych na temat wykorzystania w procesie zarządzania informacją pochodzących z rachunku kosztów przez dyrektorów słoweńskich szpitali. Przedstawiono również wyniki dotyczące oceny efektów stosowania rachunku kosztów w szpitalu. Istotne było ustalenie, czy stosowane w szpitalach zasady rachunku kosztów pozwalają identyfikować i gromadzić odpowiednie informacje kosztowe na potrzeby podejmowania decyzji przez kadrę kierowniczą szpitali.

W literaturze przedmiotu rachunek kosztów jest definiowany jako część rachunkowości zajmująca się pomiarem, ewidencją i rozliczaniem kosztów, jak też sporządzaniem kalkulacji kosztu jednostkowego oraz sprawozdawczości z tego zakresu w celu wykorzystania danych na potrzeby zarządzania (Terebuch, 1971, s. 11). Stanowi on element systemu informacyjnego jednostki gospodarczej, który polega na badaniu i przekształcaniu informacji o kosztach i przychodach działań przeszłych, bieżących i planowanych według przyjętego modelu w celu wspomagania procesu zarządzania (Jaruga, Nowak, Szychta, 2001, s. 136).

Wszystkie etapy realizowane w ramach rachunku kosztów, takie jak: pomiar kosztów, ich ewidencja, rozliczenie i kalkulacja, mają na celu generowanie informacji do podejmowania decyzji operacyjnych i strategicznych. Szczególnie istotna dla procesu zarządzania szpitalem jest kalkulacja kosztów. Większość decyzji podejmowanych przez menedżerów dotyczy bowiem konkretnych obiektów kosztów, takich jak: procedury medyczne, jednorodnie grupy pacjentów (JGP), pacjenci. Ustalany w rachunku kosztów koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych może być wykorzystywany między innymi do (Chluska, 2007):

- pogłębiania funkcji kontrolnych w zakresie ponoszonych kosztów,
- stworzenia bazy wyjściowej do obniżki kosztów,
- stworzenia podstaw dla wyborów optymalnych wariantów działania,
- ustalenia podstawy cenowej świadczeń zdrowotnych,
- oceny efektywności funkcjonowania szpitala.

Informacje pochodzące z rachunku kosztów mogą być przydatne w procesie zarządzania do: planowania i kontroli kosztów, poznania przyczyn powstawania kosztów, prowadzenia analiz rentowności w różnych przekrojach, badania prawidłowości wykorzystania zasobów będących w dyspozycji szpitala, a także wspierania decyzji związanych z właściwą alokacją środków finansowych wewnątrz szpitala w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania. Poza tym powinny one umożliwiać realizację takich zadań, jak: prognozowanie optymalnej struktury usług, dokonywanie kalkulacji cenowych, podejmowanie decyzji inwestycyjnych (Mazur, 2008, s. 160).

1. Metodyka badań i charakterystyka badanych szpitali

Badanie empiryczne dotyczące wykorzystania informacji o kosztach w procesie zarządzania szpitalami w Słowenii obejmuje okres od sierpnia 2012 roku do marca 2013 roku. Jednym z celów tego badania była odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu informacje pochodzące z rachunku kosztów są wykorzystywane w procesie zarządzania szpitalem.

Jeden z kwestionariuszy ankiety, przygotowanych w ramach prowadzonych badań, został przeznaczony dla dyrektorów szpitali. Pytania zawarte w ankietach miały charakter zamknięty. Badaniem objęto 21 spośród 25 szpitali publicznych funkcjonujących w Słowenii. Były wśród nich zarówno szpitale ogólne, jak i szpitale specjalistyczne, psychiatryczne oraz kliniki uniwersyteckie¹. W badaniu nie uwzględniono natomiast szpitali prywatnych i uzdrowiskowych. Próbę utworzyło 6 jednostek, których dyrektorzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Wskaźnik zwrotu ankiet wynosił prawie 29%.

Analizowane szpitale są zróżnicowane pod względem wielkości, osiąganych wyników finansowych, stopnia skomputeryzowania części administracyjnej i medycznej oraz prowadzonej działalności leczniczej. Cztery badane szpitale można zakwalifikować do szpitali ogólnych. W badaniu wziął również udział jeden szpital specjalistyczny i jeden szpital psychiatryczny.

Wszystkie badane szpitale znajdowały się w małych miejscowościach – do 150 tys. mieszkańców, przy czym 2 szpitale funkcjonują w miejscowościach liczących mniej niż 50 tys. mieszkańców. Jest to zrozumiałe, ponieważ Słowenia jest jednym z najmniejszych państw Unii Europejskiej. Jedynie stolica tego kraju jest dużym miastem przekraczającym 200 tys. mieszkańców.

Objęte badaniem zostały głównie małe szpitale kilkuoddziałowe. W 4 z nich liczba oddziałów nie przekroczyła 6, a w 2 pozostałych mieściła się w przedziale 7–12. Nieco lepiej wygląda sytuacja pod względem liczby łóżek. Pięć badanych jednostek można zaliczyć pod tym względem do szpitali średniej wielkości. Każdy z nich posiadał 300–500 łóżek szpitalnych. Tylko w jednym szpitalu liczba łóżek była mniejsza niż 100. Dwa największe badane szpitale zatrudniają ponad 300 pielęgniarek, 151–300 lekarzy i 51–150 pracowników personelu niemedycznego. Dwa najmniejsze szpitale zatrudniają zaś do 50 lekarzy, pielęgniarek i personelu niemedycznego.

Wszystkie badane szpitale w latach 2009–2010 osiągały dodatnie wyniki finansowe, natomiast w 2011 roku w 3 szpitalach wystąpił ujemny wynik finansowy. Dyrektorzy wszystkich badanych szpitali mają wyższe wykształcenie medyczne, ale nie ukończyli studiów podyplomowych z zakresu zarządzania. Średni okres praktyki na stanowisku dyrektora szpitala wynosił prawie 12 lat.

¹ Warto podkreślić, że wszystkie badane szpitale obowiązuje finansowanie prospektywne, czyli na podstawie wcześniej ustalonej ceny świadczeniodawcy uzyskują środki finansowe za wykonanie usług medycznych. W większości szpitali dominowało finansowanie na podstawie systemu jednorodnych grup pacjentów, jedynie szpitale psychiatryczne były finansowane na podstawie prospektywnie określonej liczby przypadków chorobowych.

Wszyscy respondenci dobrze ocenili stopień komputeryzacji części medycznej szpitala. Czterech z nich tak samo oceniło również stopień komputeryzacji części ekonomicznej. Dwóch pozostałych oceniło ten stopień jako dostateczny. Badane szpitale różnią się natomiast pod względem zintegrowania oprogramowania części medycznej i administracyjnej. Dwa szpitale wystawiły w tym aspekcie ocenę dobrą, dwa dostateczną i dwa ocenę niedostateczną. Warto podkreślić, że brak zintegrowania części administracyjnej i medycznej może stanowić problem dostępu do danych na potrzeby doskonalenia procesu zarządzania szpitalem.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przeciętny reprezentowany w badaniu ankietowym szpital jest małym, kilkuoddziałowym szpitalem publicznym znajdującym się w niewielkiej miejscowości (do 150 tys. mieszkańców), zarządzanym przez lekarza ze sporym doświadczeniem na stanowisku dyrektora.

2. Charakterystyka rachunku kosztów stosowanego w badanych szpitalach

W Słowenii nie opracowano jeszcze jednolitych zasad rachunku kosztów dla szpitali. Podstawę polityki rachunkowości słoweńskich szpitali publicznych stanowią przepisy rachunkowości obowiązujące w całym sektorze publicznym. Z odpowiedzi udzielonych przez księgowych pracujących w badanych szpitalach wynika, że wszystkie badane szpitale stosują rachunek kosztów pełnych rzeczywistych. W rachunku tym koszty są ewidencjonowane zarówno w układzie rodzajowym, jak i podmiotowym (według miejsc powstawania kosztów).

Podstawowym obiektem kosztów w układzie przedmiotowym są JGP. Wynika to z tego, że znaczna część usług szpitalnych w Słowenii jest finansowana przy wykorzystaniu systemu JGP (ang. DRG – *diagnosis related groups*), które w tym kraju funkcjonują pod nazwą *Skupine Primerljivih Primerov* (SPP). W systemie SPP zakłada się, iż proces leczenia pacjenta można opisać i zarejestrować zarówno w kategoriach klinicznych, jak i ekonomicznych. Przypadki chorobowe powinny być zatem grupowane nie tylko ze względu na diagnozę i stan pacjenta, ale również biorąc pod uwagę koszt wyszczególnionych grup i relacje kosztowe między nimi. Słoweński system SPP został wdrożony w 2003 roku, a podstawą jego opracowania była australijska wersja grupowania przypadków chorobowych (AR-DRG). Finansowanie szpitali na podstawie systemu SPP rozpoczęło się w kwietniu 2004 roku.

Wagi kosztowe stosowane w słoweńskim systemie SPP zostały zapożyczone z modelu australijskiego dla sektora publicznego, w którym informacje kosztowe pochodzą z Narodowego Zbioru Danych Kosztowych Szpitali (*National Hospital Cost Data Collection*). Reprezentują one stosunek średniej wartości kosztów każdej kategorii SPP do średniego kosztu SPP na poziomie krajowym (przeciętny koszt leczenia na poziomie krajowym). Każda kategoria diagnostyczna ma zatem swój własny współczynnik wagowy. Współczynniki te pozostają od wielu lat niezmienione. Planowane jest jednak ustalenie wag kosztowych na bazie rzeczywistych kosztów ponoszonych w szpitalach i ich ujednoczenie na potrzeby wyceny

wszystkich zabiegów szpitalnych. Uważa się, że dopiero jednolita wycena wszystkich kategorii diagnostycznych oparta na rzeczywistych kosztach doprowadzi do przejrzystości systemu finansowania ochrony zdrowia w tym kraju.

Dlatego na potrzeby centralnej wyceny świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pilotażowego słoweńskie szpitale zaczynają liczyć i analizować koszty w przekroju JGP i do tego przekroju starają się również dostosować rachunek kosztów. Z drugiej strony kadra menedżerska tych szpitali zwraca uwagę na liczne korzyści związane z wykorzystaniem informacji o kosztach JGP w procesie zarządzania, takie jak: zwiększenie przejrzystości kosztów i ich racjonalizacja, optymalizacja wykorzystania zasobów, krótszy czas pobytu pacjentów w szpitalu, zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych (Zupanič, 2014).

W słoweńskich szpitalach JGP stanowią zatem jeden z podstawowych obiektów w procesie kalkulacji kosztów, gdyż w coraz większym stopniu planuje się ustalanie tariff cenowych na bazie informacji o rzeczywistych kosztach szpitali w tym przekroju. Informacje o kosztach JGP są zatem generowane przez szpitale nie tylko na potrzeby płatnika, ale również analizowane i wykorzystywane w procesie zarządzania szpitalem.

Wszystkie badane szpitale przekazują informacje o kosztach w tym przekroju do płatnika na potrzeby ustalania tariff cenowych. Na uwagę zasługuje również fakt, że wszystkie szpitale kalkulują koszty całego procesu leczenia pacjenta. Na potrzeby zarządzania są również stosowane inne odmiany rachunku kosztów, takie jak: rachunek kosztów działań, rachunek kosztów zmiennych czy rachunek kosztów docelowych.

3. Wykorzystanie informacji kosztowych w zarządzaniu szpitalem w Słowenii

Stopień wykorzystania informacji kosztowych w procesie zarządzania szpitalem został oceniony na podstawie odpowiedzi udzielnych przez dyrektorów szpitali na pytania zawarte w drugim kwestionariuszu ankiety. Dotyczyły one informacji kosztowych analizowanych przez dyrektorów szpitali, procesów zarządzania, w których te informacje są wykorzystywane, i efektów wykorzystania rachunku kosztów w procesie zarządzania szpitalem.

W pierwszym pytaniu ankiety skierowanej do dyrektorów szpitali zostali oni zapytani o to, w jakim stopniu (w skali 1–5) wykorzystują poszczególne informacje kosztowe w procesie zarządzania szpitalem. Stopień wykorzystania poszczególnych informacji kosztowych przez osoby zarządzające szpitalem przedstawia tabela 1.

Dyrektorzy szpitali najwyżej cenią informacje o kosztach zużywanych w szpitalu zasobów. Wszyscy respondenci ocenili stopień wykorzystania tych informacji jako bardzo dobry. Zainteresowanie to jest uzasadnione, gdyż koszty te są podstawą oceny efektywności wykorzystania zasobów szpitala. Dla większości dyrektorów istotne są również informacje o:

- a) kosztach poszczególnych ośrodków kosztów, które mogą być przykładowo wykorzystane do rozliczenia osób odpowiedzialnych za osiągnięte wyniki;

- b) kosztach w przekroju JGP – ponieważ jednorodne grupy pacjentów są podstawą finansowania usług szpitalnych w Słowenii, informacje o kosztach mogą być wykorzystywane do analizy rentowności poszczególnych kategorii diagnostycznych;
- c) kosztach stałych i zmiennych, które pozwalają lepiej ocenić rentowność na różnych poziomach szpitala, na przykład oddziałów szpitalnych.

Tabela 1

Ocena stopnia wykorzystania wybranych informacji kosztowych w procesie zarządzania szpitalem

Wyszczególnienie	1	2	3	4	5
Koszty poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala	–	1	1	1	3
Koszty zużywanych zasobów szpitala	–	–	–	–	6
Koszty procedur medycznych	–	2	2	2	–
Koszty jednostkowe pacjentów	1	1	3	1	–
Koszty w przekroju JGP	1	–	1	3	1
Koszty stałe i zmienne	–	1	1	3	1
Informacje pochodzące z nowoczesnych systemów rachunku kosztów	–	2	2	2	–
Koszty niewykorzystanych zasobów	–	1	3	1	1

* Skala oceny: 1 (w niedostatecznym stopniu) – 5 (w bardzo dużym stopniu)

Źródło: badania własne.

Najmniejszą wagę w procesie zarządzania szpitalem respondenci przywiązują do kosztów procedur medycznych i kosztów jednostkowych w przekroju pacjentów. Zweryfikowano również wykorzystanie stosowanych nowoczesnych odmian rachunku kosztów. Jedynie 2 szpitale wykorzystują w wystarczającym stopniu informacje pochodzące z tych rachunków. Warto również podkreślić, że 4 dyrektorów zadeklarowało, że informacje kosztowe są analizowane w szpitalu każdego miesiąca. W jednym szpitalu informacje te są analizowane 3–4 razy w roku, a w jednym – raz na pół roku.

Koszty są wykorzystywane w procesie zarządzania na potrzeby podejmowania działań mających doprowadzić do redukcji kosztów głównie przez doskonalenie różnorodnych procesów gospodarczych, a zwłaszcza zwiększanie skuteczności działania i efektywności wykorzystania zasobów (Nowak, 2006, s. 15). Analizując zakres wykorzystania rachunku kosztów w słoweńskich szpitalach, można stwierdzić, że wykorzystują go nie tylko do celów sprawozdawczych, ale także na potrzeby zarządzania. Ocenę stopnia wykorzystania informacji kosztowych w wybranych procesach zarządzania przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Ocena stopnia wykorzystania informacji kosztowych w wybranych procesach zarządzania szpitalem

Wyszczególnienie	1	2	3	4	5
Budżetowanie i planowanie	–	–	–	–	6
Kontrola kosztów	–	–	–	1	5
Analizy rentowności	–	1	2	1	2
Decyzje cenowe	1	1	1	1	2
Ocena efektywności wykorzystania zasobów	–	–	2	1	3
Analizy JGP	1	–	1	2	2
Decyzje dotyczące zaniechania lub świadczenia usług medycznych	1	1	1	2	1
Decyzje dotyczące nabycia sprzętu medycznego	–	–	1	2	3
Ustalanie/zmiana standardów medycznych	–	2	1	1	2
Ocena dokonań	–	1	2	1	2
<i>Benchmarking</i> – porównania z innymi szpitalami	–	–	3	1	2
Raportowanie zewnętrzne	–	–	–	1	5
Negocjacje kontraktów z płatnikiem	–	1	1	1	3
Usprawnianie procesów	–	1	–	3	2

* Skala oceny: 1 (w niedostatecznym stopniu) – 5 (w bardzo dużym stopniu)

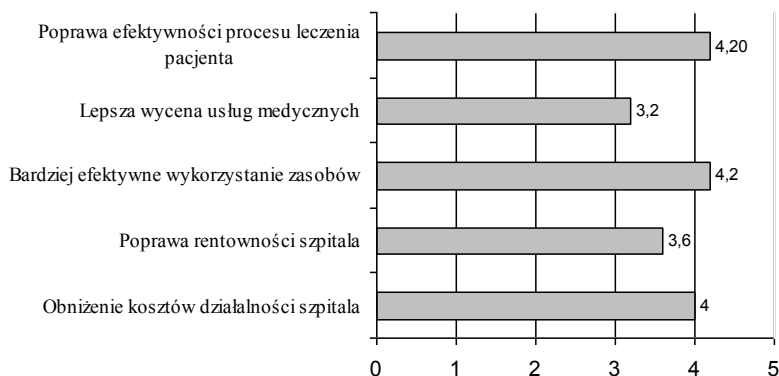
Źródło: badania własne.

Bardzo korzystnie w badanych szpitalach kształtuje się wykorzystanie danych pochodzących z rachunku kosztów w procesie planowania i budżetowania oraz w procesie kontroli kosztów. Na potrzeby planowania i budżetowania wszystkie badane szpitale wykorzystują informacje kosztowe w bardzo dużym stopniu. Bardzo dobra ocena wykorzystania rachunku kosztów na potrzeby kontroli kosztów została wystawiona przez 5 respondentów. Jeden respondent wystawił w tym punkcie ocenę dobrą. Podobnie wypadła ocena stopnia wykorzystania informacji kosztowych w procesie raportowania zewnętrznego. Pozostałe procesy, w których większość respondentów wykorzystuje informacje kosztowe przynajmniej w dobrym stopniu, są następujące:

- ocena efektywności wykorzystania zasobów,
- analiza w przekroju JGP,
- decyzje dotyczące nabycia sprzętu medycznego.

W pozostałych wymienionych w tabeli 2 procesach zarządzania informacje kosztowe są wykorzystywane w znacznie mniejszym stopniu, a w niektórych szpitalach w ogóle nie są one wykorzystywane.

Kolejne pytanie kwestionariusza skierowanego do dyrektorów szpitali dotyczyło pozytywnych efektów stosowania rachunku kosztów w szpitalu. Respondenci oceniali wybrane efekty w skali 1–5. Wyniki tej oceny na podstawie średniej ważonej zostały przedstawione na rysunku 1.



Rysunek 1. Ocena efektów wykorzystania rachunku kosztów w zarządzaniu szpitalem

Źródło: badania własne.

Zdaniem respondentów najistotniejszymi efektami stosowania rachunku kosztów w szpitalu są: poprawa efektywności procesu leczenia pacjenta (4,2), bardziej efektywne wykorzystanie zasobów (4,2) i obniżenie kosztów działalności szpitala (4,0). Za najmniej ważną we wszystkich szpitalach uznano lepszą wycenę usług medycznych (3,2).

Na koniec spytano ankietowanych o ocenę funkcjonującego w szpitalu rachunku kosztów oraz o plany związane z tym narzędziem zarządzania. Przeprowadzone badanie pokazało, że dyrektorzy szpitali są zadowoleni ze stosowanego w szpitalu rachunku kosztów. Czterech dyrektorów wystawiło temu rachunkowi na ocenę dobrą, jeden – ocenę bardzo dobrą, a jeden – dostateczną. Żaden respondent nie przyporządkował oceny miernej i niedostatecznej. Wynika to z tego, że szczegółowość informacji generowanych przez rachunek kosztów jest wystarczająca do zaspokojenia potrzeb informacyjnych kierownictwa szpitali.

Z drugiej strony tylko w jednym szpitalu kadra zarządzająca w ogóle nie zastanawiała się nad wprowadzeniem zmian w tym rachunku. Dwa szpitale planują wdrożyć nowoczesną odmianę rachunku kosztów, w dwóch innych szpitalach planuje się uprościć stosowane zasady, a w jednym zastanawiają się nad opracowaniem bardziej złożonych zasad rachunku kosztów.

Uwagi końcowe

W procesie oceny dokonań orientacja szpitali publicznych na potrzeby pacjentów nie oznacza zmniejszenia roli wyników ekonomicznych. Pełniona przez szpital publiczną misję i funkcje społeczne nie mogą kolidować z zasadami rachunku ekonomicznego. Menedżerowie szpitali muszą być świadomi, w jaki sposób i na co ich jednostka zużywa zasoby, którymi dysponuje, i czy to zużycie jest uzasadnione. W tym celu potrzebują narzędzia, które pozwoli monitorować i oceniać, jaka część zasobów jest marnotrawiona, a jaka jest wykorzystywana produktywnie. Takim narzędziem jest rachunek kosztów.

Przeprowadzone badania pokazują, że szpitale w Słowenii w dużym stopniu wykorzystują w procesie zarządzania rachunek kosztów. W znacznym zakresie sięgają również po inne niż tradycyjny odmiany rachunku kosztów, przede wszystkim rachunek kosztów działań, który wdrożyły wszystkie badane szpitale. Dostrzegają one konieczność ustalania kosztów w różnych przekrojach, w tym w przekroju JGP. Informacje te są wykorzystywane nie tylko w procesie kontroli kosztów, ale również przy: planowaniu i budżetowaniu, ocenie efektywności wykorzystania zasobów, analizach prowadzonych w przekroju JGP, decyzjach dotyczących nabycia sprzętu medycznego i negocjacjach cenowych.

Podsumowując stopień wykorzystania informacji kosztowych przez menedżerów szpitali, warto podkreślić, że informacje te są wykorzystywane nie tylko na potrzeby wewnętrzne szpitala, ale także na potrzeby zewnętrzne, na przykład do raportowania zewnętrznego, benchmarkingu i negocjowania kontraktów z płatnikiem. Dla porównania, badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że informacje kosztowe odgrywają niewielką rolę w procesach zewnętrznych (Kludacz, 2015). Przykładowo polskie szpitale praktycznie nie wykorzystują informacji kosztowych do negocjacji cen z płatnikiem. Wynika to z tego, że w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia w ogóle nie gromadzi i nie przetwarza informacji kosztowych, a głównym elementem wpływającym na wartość ceny JGP stanowią przede wszystkim zasoby finansowe płatnika oraz ceny świadczeń z lat ubiegłych. Z kolei w Słowenii cały czas jest prowadzony projekt pilotażowy mający na celu pozyskanie jak najbardziej wiarygodnych informacji kosztowych na potrzeby wyceny świadczeń medycznych.

Literatura

- Chluska, J. (2007). Determinanty wprowadzenia rachunku kosztów działań w szpitalu. *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości*, 38, 25–36.
- Jaruga, A., Nowak, W., Szychta, A. (2001). *Rachunkowość zarządcza – koncepcje i zastosowania*. Łódź: Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania: Absolwent.
- Kludacz, M. (2015). Rachunek kosztów i jego wykorzystanie w zarządzaniu szpitalem. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 389, 160–171.
- Kiziukiewicz, T. (2014). *Rachunkowość jednostek sektora finansów publicznych i instytucji finansowych*. Warszawa: PWE.
- Mazur, I. (2008). Rachunek kosztów w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej. W: J. Stępniewski (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala. Praca zespołu badawczego UJ* (s. 157–216). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Nowak, E. (2006). *Strategiczne zarządzanie kosztami*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
- Świdarska, G. (red.). (2013). *Rachunek kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej. Podręcznik*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Terebucha, E., (1971). *Rachunek kosztów przedsiębiorstw przemysłowych*. Warszawa: PWE.
- Zupanič, M., (2014). Kdaj bomo poznali prave cene v slovenskem zdravstvu. *Notranja Politika*, 12 kwietnia.

APPLICATION OF COST ACCOUNTING IN THE MANAGEMENT PROCESS IN SLOVENIAN HOSPITALS

Abstract: *Purpose* – the aim of the paper is to analyze and evaluate the use of cost information in the management process in Slovenian hospitals. The main tool for generating cost information for the managers of the hospital is cost accounting. It provides information required to analyze and control the costs of medical activity and supports managers in making important decisions.

Design/methodology/approach – the article presents the results of an empirical study conducted in Slovenian hospitals in the years 2012–2013. The managers of hospitals responded to questions about the use of cost information in the management process

Findings – the conducted research has shown that cost accounting is in a common use Slovenian hospitals. The directors use cost information in the management process, especially for cost budgeting and cost control, DRG cost analysis, efficiency analysis. On the basis of cost information, they also make decisions on the purchase of medical equipment and conduct price negotiations with the payer.

Originality/value – the issue of the use of cost information in the management process in the foreign hospitals hasn't been yet researched in Poland by usage of empiric methods.

Keywords: cost accounting, hospital management, Slovenian hospitals

Cytowanie

Kludacz-Alessandri, M. (2016). Wykorzystanie informacji kosztowych w procesie zarządzania szpitalami w Słowenii. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2/1 (80), s. 95–104; www.wneiz.pl/frfu.