

Boško Katić, bacc. oec.

Financijski knjigovoda
Opća bolnica Zadar
E-mail: knjigovodstvo@bolnica-zadar.hr

Dr. sc. Jelena Vidović

Predavač
Odjel za stručne studije
E-mail: jvidovic@oss.unist.hr

NEDOSTATCI PRIMJENE PRORAČUNSKOG RAČUNOVODSTVA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA – PRIMJER OPĆE BOLNICE ZADAR

UDK / UDC: 657.4:336.14]:640.522.2

JEL klasifikacija / JEL classification: M41, I18

Stručni rad / Professional paper

Primljeno / Received: 27. rujna 2012. / September 27, 2012.

Prihvaćeno za tisak / Accepted for publishing: 27. studenog 2012. / November 27, 2012

Sažetak

Prema postojećem zakonu o proračunu i pravilniku o proračunskom računovodstvu, računovodstvo opće države temelji se na konceptu nastanka događaja i primjeni načela povijesnog troška u mjerenju bilančnih pozicija. Najveće probleme u primjeni ovog koncepta računovodstva imaju zdravstvene ustanove. One su posebne od drugih proračunskih korisnika po veličini, značaju (političkom, socijalnom i ekonomskom), načinu financiranja, potrošnji, likvidnosti, sudjelovanju na tržištu itd. u ovom radu se pokazuje kako sustav financijskog izvještavanja koji se primjenjuje u sektoru opće države nije u mogućnosti osigurati potpuno relevantnu i pouzdanu sliku poslovanja i informacijsku podlogu potrebnu za donošenje ekonomskih odluka na razini ovih zdravstvenih ustanova, a isto tako i da pokazuje određene manjkavosti u svezi s ekonomskim, socijalnih i političkih odluka na državnoj razini.

Ključne riječi: proračunsko računovodstvo, zdravstvene ustanove, modificirano načelo nastanka događaja, financiranje zdravstva, hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

1. UVOD

U Republici Hrvatskoj institucionalnu osnovu obavljanja zdravstvene djelatnosti čine zdravstvene ustanove u vlasništvu države (središnje i lokalne). Vlada Republike Hrvatske, sukladno prioritetima određuje svoju financijsku razinu potrošnje koja se odnosi na funkciju zdravstvene zaštite i osigurava primjerene izvore financiranja u okviru svojih ukupnih prihoda i primitaka. Opseg i standardi izvršenja ove funkcije države ovise o nizu čimbenika pri čemu su njene financijske mogućnosti svakako presudne. Da bi se razumjeli aktualni problemi u zdravstvu, potrebno je istaknuti da termini ponude, potražnje i cijene imaju drukčiji karakter u odnosu na njihovo shvaćanje u poduzetničkom sektoru. Zdravlje se ne potražuje na isti način kao druga roba i usluge. Sa stajališta pojedinca spada u red usluga čiju potrošnju ne bira u vrijeme kada želi, u količini koju želi te zdravstvenu uslugu nije u mogućnosti platiti zbog gubitka radne sposobnosti. Na potražnju za zdravstvenim uslugama utječu razni čimbenici koje je većinom nemoguće predvidjeti, ali ih je potrebno kontinuirano nadzirati i reagirati na njihove promjene. Neki od čimbenika su promjene u mortalitetu, starenje stanovništva, razvoj skupe medicinske tehnologije i sl. Dugo se smatralo da će se nakon dosegnute određene razine zdravstvene potrošnje rashodi za zdravlje polako smanjivati, međutim, to se nije dogodilo. Najvažniji razlog je stalni tehnološki napredak u medicini i napredak dijagnostike koji poskupljuju izdatke za zdravstvo. Rastući dohodak stanovništva omogućio je veću zdravstvenu potrošnju, pogotovo onu za koju kažemo da je troškovno intenzivna (bolnička zdravstvena zaštita).

Rad je organiziran na sljedeći način: u drugome dijelu rada definirane su osnovne postavke proračunskoga računovodstva, u trećem dijelu prikazani su različiti izvori financiranja zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, a u četvrtom i petom dijelu razrađuju se glavni prihodi i rashodi u zdravstvenim ustanovama na primjeru opće bolnice Zadar. U šestom dijelu rada raspravlja se o financijskim izvještajima zdravstvenih ustanova te dodatnim izvještajima za potrebe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, o problemima pri izradi i tumačenju takvih izvještaja te njihovoj primjerenosti za potrebe menadžerskog odlučivanja. U sedmom dijelu rada raspravlja se o upitnosti primjene postojećega proračunskog sustava računovodstva za menadžersko odlučivanje u zdravstvu i praćenje financijske situacije u zdravstvu.

2. PRORAČUNSKO RAČUNOVODSTVO

Pojam proračun odnosi se na planski dokument – plan prihoda i rashoda, i/ili proces planiranja, pripreme, prihvaćanja (usvajanja) proračuna, izvršenja i nadzora nad izvršenjem proračuna (prihoda i rashoda državne ili druge gospodarske jedinice), a odnosi se na određeno proračunsko razdoblje (najčešće jedna godina). Proračun možemo smatrati instrumentom usmjeravanja prikupljenih javnih i ostalih prihoda državne jedinice u pravcu i s ciljem

zadovoljavanja javnih potreba (Bajo, 2006.). Važan je socijalni aspekt proračuna koji se sastoji u njegovoj ulozi instrumenta redistribucije nacionalnoga dohotka čime se osiguravaju podjednake mogućnosti zadovoljavanja javnih potreba svih pojedinaca bez obzira na njihovu ekonomsku snagu.

Uredbom o izmjenama i dopunama Uredbe o računovodstvu proračuna Narodne novine, br. 119/01, a putem Pravilnika o proračunskom računovodstvu i računskom planu Narodne novine, br. 119/01 zdravstvene ustanove se svrstavaju u proračunske korisnike pa postaju obavezne voditi poslovne knjige prema propisima koji vrijede za proračunske korisnike s početkom primjene od 1. siječnja 2002. godine. Posebnost proračunskoga računovodstva je odsutnost dobiti kao cilja poslovanja, a kao najvažniji zadatak javlja se proizvodnja potpunih i pouzdanih informacija o svim segmentima javne potrošnje. Odredbe zakona odnose se na sve pravne subjekte unutar opće države, a to su: državni proračun, proračunski korisnici državnoga proračuna, izvanproračunski fondovi, proračuni jedinica lokalne i regionalne (područne) samouprave i njihovi proračunski korisnici. Istodobno u izvještajni sustav cjelovito su i dosljedno uvedene relevantne međunarodne klasifikacije koje osiguravaju transparentnost i usporedivost poslovanja države i njenih jedinica. Primjena ovakvoga načina iskazivanja financijskoga rezultata (obračuna) kao osnovni cilj ima omogućavanje jednoobraznog iskazivanja financijskih transakcija, resursa i dugova u općoj državi, te tako povećavanje usporedivosti i davanja mogućnosti konsolidacije izvještaja.

Provedena je i reforma u financiranju sustava javnoga zdravstva temeljem koje je Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) promijenjen status izvanproračunskoga fonda na način da je postao dio središnjega državnog proračuna. Time su javne ustanove u zdravstvu, koje se financiraju iz doprinosa, posredstvom HZZO-a, i ponašaju u skladu sa standardima (pružanje usluga, formiranje cijena...), utvrđenim na razini središnje države (Ministarstvo zdravstva) i u smislu primjene računovodstvenih propisa, postale klasični oblik proračunskoga korisnika.

Proračunsko računovodstvo ima tzv. dvojni karakter računovodstva kojemu je nužno posljedica i postojanje dvojnog izvještajnog sustava; primarno osigurava podatke i informacije o izvršenju proračuna za fiskalnu godinu, pri čemu od zakonske regulative ovisi koje dodatne informacije se predočavaju o učincima tog izvršenja na resurse i obveze. Integralno računovodstvo države kao entiteta rezultira cjelovitim izvještajnim sustavom koji uz prihode i rashode prezentira i promjene financijskoga položaja. Dakle, predstavlja državni entitet analogno komercijalnom subjektu.

Posebnost zdravstvenog sustava u računovodstvu proračuna je u tome što se zdravstvene ustanove kao proračunski korisnici ne financiraju po pojedinim vrstama rashoda usvojenog financijskog plana, nego na temelju stvarnog izvršenja usluga, u okvirima ugovora s HZZO-om, odnosno državom koja preko njih građanima indirektno pruža zdravstvene usluge (Maletić, 2005.).

Uključivanju sustava zdravstva u sustav proračuna, a posljedično i primjenu ovoga sustava, javljaju se i pogreške u obuhvaćanju ekonomskih i financijskih kategorija, uzrokovane u najvećoj mjeri posebnostima ostvarivanja prihoda javnih zdravstvenih ustanova, čime se umanjuju realnost i objektivnost financijskih izvještaja.

Temelj proračunskoga računovodstva računovodstveni je koncept nastanka događaja. Primjena proračunskoga računovodstva (modificiranoga računovodstvenog načela nastanka događaja) u zdravstvenim ustanovama određuje sljedeće:

- Ne iskazuju se prihodi i rashodi uslijed promjena vrijednosti nefinancijske imovine i obveza.
- Kratkotrajna imovina i sitni inventar, koji se nabavljaju za obavljanje redovne djelatnosti, iskazuju se u trenutku stvarne potrošnje, dakle ne u trenutku nabave kako to vrijedi za ostale subjekte primjene (dokument za knjiženje u razredu 3 – troškovima je izdatnica, a ne račun).
- Prihodi su određeni kao povećanje ekonomskih koristi tijekom izvještajnog razdoblja u obliku priljeva novca i novčanih ekvivalenata, što nedvojbeno upućuje da se u priznavanju proračunskih prihoda zadržava novčani koncept.
- Troškovi nabave nefinancijske dugotrajne imovine ne kapitaliziraju se, već se iskazuju kao rashodi razdoblja u kojemu je stjecanje izvršeno.
- Trošak nabave (nabavnu vrijednost) nefinancijske imovine čini kupovna cijena uvećana za carine, nepovratne poreze na promet, troškove prijevoza i sve druge troškove, koji se mogu izravno dodati troškovima nabave i osposobljavanja za početak upotrebe.
- Vrijednost dugotrajne nefinancijske imovine ispravlja se po prosječnim godišnjim stopama linearnom metodom, a na temelju propisanih stopa ispravka vrijednosti.
- Namjenski primitci kapitalnih potpora od osnivača (države i JLPRS) za financiranje investicijskih aktivnosti ne predstavljaju dokapitalizaciju, niti se vremenski razgraničavaju, nego se priznaju u ukupan prihod izvještajnog razdoblja u kojemu su ostvareni.
- Prihodi od donacije potrošnoga materijala (najčešće sanitetskog i lijekova) kojeg zdravstvene ustanove prime od strane pravne ili fizičke osobe priznaju se u trenutku utroška tog materijala.
- U slučaju odobrenih rabata u trenutku nabave smanjuje se obveza i trošak nabave, a ako se rabati ne mogu povezati s materijalom na zalihi, naknadni rabati izravno se priznaju kao prihod bez vremenskih razgraničenja.

- Nefinancijska imovina primljena bez naknade (donacije) iskazuje se kao izravno povećanje izvora vlasništva, a ne kao prihod (Vašiček, 2009.).

Na stanje u sustavu zdravstva do 2001. godine utjecala je i zakonska promjena kojom je ukinut obračun amortizacije dugotrajne imovine u zdravstvenim ustanovama u skladu s Pravilnikom o knjigovodstvu i računskom planu neprofitnih organizacija (NN, br. 20/94.). Time je zdravstvenim ustanovama onemogućeno osiguranje potrebnih sredstava za investicijsko održavanje prostora i opreme. Izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, koji je stupio na snagu 1. srpnja 2001. godine, stvoreni su uvjeti za decentralizaciju financiranja zdravstvenih ustanova u vlasništvu županija i Grada Zagreba.

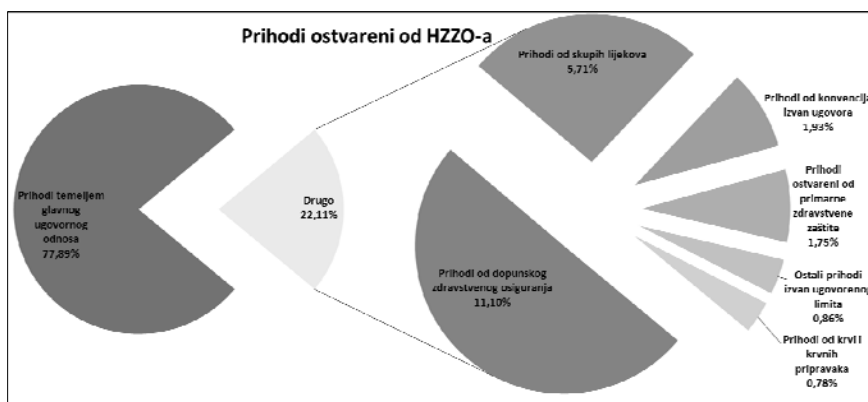
3. FINANCIRANJE ZDRAVSTVA U RH

U zemljama članicama Europske unije zdravstvo se financira iz javnih davanja koja se sastoje od poreza i davanja za socijalno osiguranje, iz privatnih izvora pri čemu su najznačajnija privatna zdravstvena osiguranja i izravna plaćanja za usluge koje ne pokriva ugovorno zdravstveno osiguranje. Javni izvori financiranja dominiraju u svim zemljama pa tako i Hrvatskoj.

Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na Bismarckovom modelu koji funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Javno zdravstvo financira se iz Fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobija od posebnog poreza koji uplaćuje radno aktivno stanovništvo (zaposlenici, samouposlenici i poljoprivrednici). Takozvane 'ranjive grupe' u populaciji koje uključuju nezaposlene, invalide, umirovljenike, osobe mlađe od 18 godina, studente, ratne veterane i vojsku, ovakvim su modelom oslobođene plaćanja zdravstvenog osiguranja. Ovakav se model primjenjuje u Hrvatskoj, Njemačkoj i Francuskoj. Razlog svrstavanja u ovaj model je činjenica da se oko 80% troškova zdravstvenog osiguranja financira doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje, manjim dijelom sredstvima iz državnog i županijskog proračuna (porez), donacijama, sredstvima iz dobrovoljnih osiguranja te izravnim plaćanjem pacijenata (doplata, administrativna pristojba i ostala plaćanja). (Nacionalna strategija razvitka zdravstva, 2006., Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN, br. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11, 22/12, 57/12 i 90/12 – OUSRH). Ovakvo financiranje zdravstvenog osiguranja iz proračuna (poreza) inače je osobina Beveridge modela, pa se sustav financiranja zdravstva u Hrvatskoj naziva mješovitim. Slijedom navedenoga, hrvatski sustav zdravstva ima značajke mješovitoga sustava financiranja. Iako se naziva mješoviti sustav, izvor financiranja je gotovo isključivo javan, jer se financiranje ostvaruje većim dijelom iz doprinosa i poreza (transferi iz državnoga proračuna).

HZZO i zdravstvene ustanove sklapaju ugovor kojim se uređuju međusobna prava i obveze u svezi provođenja stacionarnoga bolničkog liječenja i specijalističko - konzilijarne zdravstvene zaštite (SKZ-a). Ugovor o provođenju bolničke zdravstvene zaštite obavezno sadrži najveći godišnji iznos sredstava za provođenje ugovorene bolničke zdravstvene zaštite. Ravnatelj bolničke zdravstvene ustanove odgovoran je za provođenje bolničke zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog iznosa.

Osim ugovorenih usluga, bolnice od HZZO-a ostvaruju i druge ugovorene i neugovorene prihode koji nisu pokriveni glavnim ugovorom (izvan ugovorenoga limita). Najznačajniji od njih su: prihodi od dopunskog osiguranja, prihodi od skupih lijekova, prihodi od isporuke krvi i krvnih pripravaka, razni projekti na razini države (projekt ranog otkrivanja raka debelog crijeva, mamografski pregledi i sl.), konvencije, eksplantacije organa, interventna kardiologija, specifična zdravstvena zaštita i sl. Zdravstvene ustanove, unatoč raznim izvorima financiranja, glavninu svojih prihoda i dalje ostvaruju temeljem ugovornog odnosa s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Može se reći da je visina ugovorenoga „limita“ od neizmjerne važnosti za pozitivno poslovanje zdravstvene ustanove. Udio pojedinih prihoda od HZZO-a u ukupnim приходima prikazan je na primjeru Opće bolnice Zadar (slika 1).



Izvor: interni izvještaj Opće bolnice Zadar za razdoblje od 01. siječnja 2011. do 31. prosinca 2011. godine

Slika 1. Udio pojedinačnih prihoda ostvarenih od HZZO-a

HZZO mjesečno prati izvršenje ugovorenih usluga bolničkoga liječenja i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite osiguranim osobama Zavoda na osnovi zaprimljenih i likvidiranih računa, koje ustanove dostavljaju u više navrata mjesečno, u odnosu na mjesečni iznos sredstva iz ugovora. Usklađenje zaprimljenih i likvidiranih računa, ustanova, sukladno visini ugovorenih sredstava, izvršava se krajem godine na dan 31. prosinca. Ako ustanova osnovom

zaprmljenih i likvidiranih računa u Zavodu iskaže prekoračenje ugovorenog iznosa sredstava, a nakon konačnog godišnjeg usklađenja, HZZO ustanovi vraća račune koji premašuju ugovoreni iznos sredstava.

Kapitalne investicije u sustavu zdravstva odvojeno se financiraju putem ministarstva nadležnog za zdravstvo, HZZO-a, lokalnih uprava (decentralizirana sredstva) i donacija.

4. OSTALI PRIHODI ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Ostali prihodi koje zdravstvene ustanove ostvaruju su prihodi u procesu decentralizacije, prihodi po posebnim propisima – participiranje u cijeni zdravstvenih usluga, prihodi od ostalih korisnika – vlastiti prihodi.

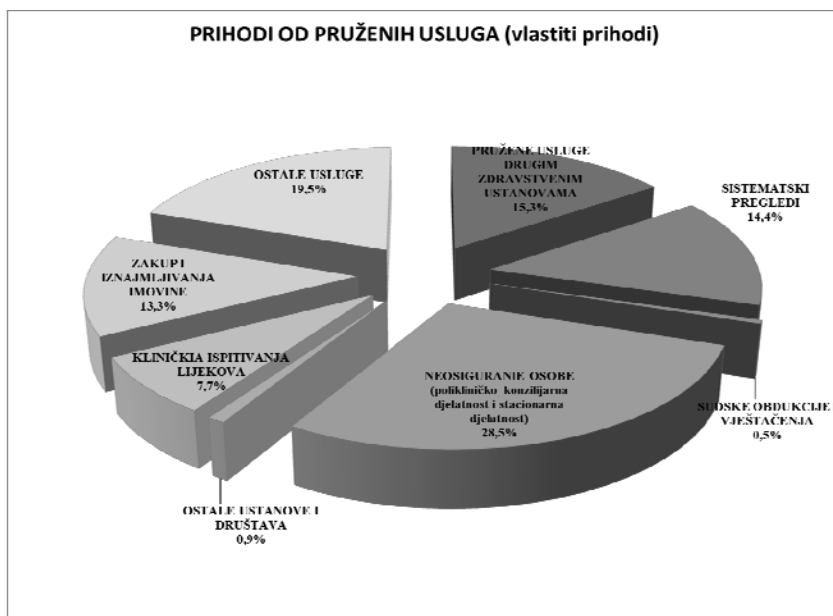
Od 2001. započinje proces fiskalne decentralizacije, tako da se nove odgovornosti za financiranje prenose na lokalne jedinice. S ciljem ravnomjernoga financiranja svih ustanova u zdravstvu na području Hrvatske, Vlada RH Odlukom utvrđuje minimalne financijske standarde za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u tekućoj godini. Odlukom o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2006. utvrđuju se minimalni financijski standardi za: investicijsko ulaganje zdravstvenih ustanova u prostor, medicinsku i nemedicinsku opremu i prijevozna sredstva (obuhvaća rashode za nabavu proizvedene dugotrajne imovine), investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova – prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava (obuhvaća dodatno ulaganje u nefinancijsku imovinu zdravstvenih ustanova kojima se produžuje vijek upotrebe, povećava kapacitet, mijenja namjenu ili znatno poboljšavaju funkcionalna svojstva nefinancijske imovine) i informatizaciju zdravstvene djelatnosti. Navedene definicije nisu usklađene s Pravilnikom o proračunskom računovodstvu i računskom planu u kojem se investicijsko ulaganje naziva dodatnim ulaganjem i odnosi se na rashode za nabavu dugotrajne imovine, dok se pod terminima tekuće i investicijsko održavanje podrazumijevaju kontinuirane aktivnosti kojima se imovina održava ili vraća u funkcionalno stanje kao što su: servisiranje uređaja i opreme, uređenje unutarnjih i vanjskih zidova, popravci i zamjena dotrajalih dijelova, periodični remont postrojenja i opreme i slično.

Participaciju plaćaju osigurane osobe i to je oblik dodatnoga sufinanciranja cijene usluge koja se podmiruje iz sredstava doprinosa. Za razliku od gotovinske naknade koja iznosi punu cijenu pružene usluge participacija nema karakteristiku prihoda ostvarenog obavljanjem poslova na tržištu pa se evidentira kao sufinanciranje cijene usluge.

Najveći vlastiti prihodi kod ustanova u zdravstvu su prihodi od gotovinskih naknada korisnika zdravstvenih usluga. Za razliku od participacije, gotovinska naknada iznosi punu cijenu pružene zdravstvene usluge za dijagnostiku ili bolničko liječenje, koju su dužni platiti pacijenti koji ne posjeduju

osnovno osiguranje. Zdravstvene ustanove obavljaju i neke poslove na tržištu i njima ostvaruju prihode. To su vlastiti prihodi u koje se ubrajaju prihodi od: sistematskih pregleda, obdukcija i sudskih vještačenja, kliničkih ispitivanja lijekova, iznajmljivanja prostora (stana, izložbenoga prostora, prostora za bankomate, prostora za caffe-aparate i sl.), pružanja usluga estetske dermatologije, raznih savjetovališta, vježbi za trudnice, programe iz fizikalne rehabilitacije i sl.

Vlastiti prihodi proračunskih korisnika su obično prihodi proračuna, a mjerila za korištenje tako ostvarenih prihoda propisana su Pravilnikom o mjerilima za korištenje prihoda proračunskih korisnika ostvarenih na tržištu od obavljanja osnovne i ostale djelatnosti (NN 146/98), koji se primjenjuje od 1. siječnja 1999. godine. Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna za tekuću godinu obično se isključuje obaveza uplate vlastitih prihoda u proračun za zdravstvene ustanove.



Izvor: interni izvještaj Opće bolnice Zadar za razdoblje od 01. siječnja 2011. do 31. prosinca 2011. godine

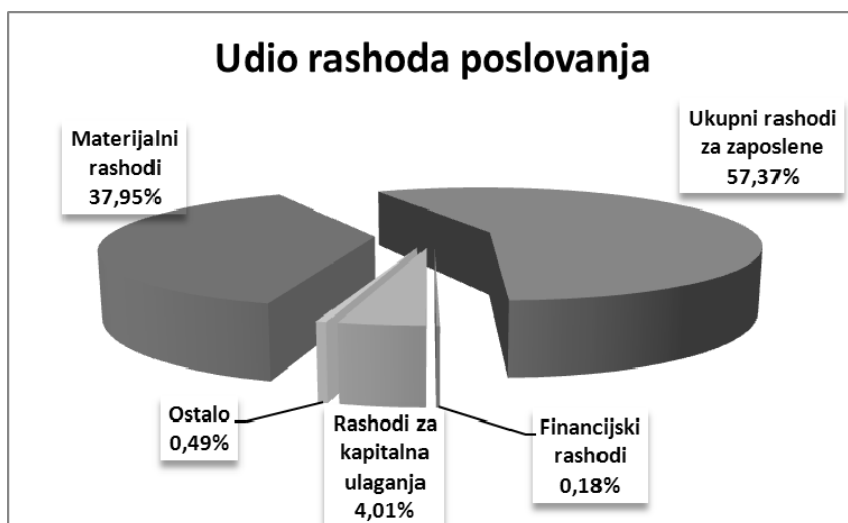
Slika 2. Specifikacija vlastitih prihoda od pruženih usluga po vrsti usluge

Od ostalih povremenih prihoda osim rabata dobavljača, ističu se i kapitalne i tekuće donacije koje su za 2011. godinu na primjeru Opće bolnice

Zadar, a zahvaljujući ponajprije poslovnim subjektima Grada Zadra, iznosile ukupno oko tri milijuna kuna.

5. RASHODI U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Plaće i ostali materijalni rashodi za zaposlene predstavljaju daleko najznačajniju stavku u dijelu rashoda ustanova u zdravstvu. Ukupni rashodi za zaposlene na primjeru OBZ predstavljaju čak 57,3 % ukupnih rashoda poslovanja. I na ovom se primjeru pokazuje da je upravljanje ljudskim potencijalima važan faktor poslovanja i da su ljudski resursi sadržajem postali jedna od funkcija menadžmenta, kako u privatnom sektoru tako, i u javnom. (Sladoljev i dr., 2012.).



Izvor: interni izvještaj Opće bolnice Zadar za razdoblje od 01. siječnja 2011. do 31. prosinca 2011. godine

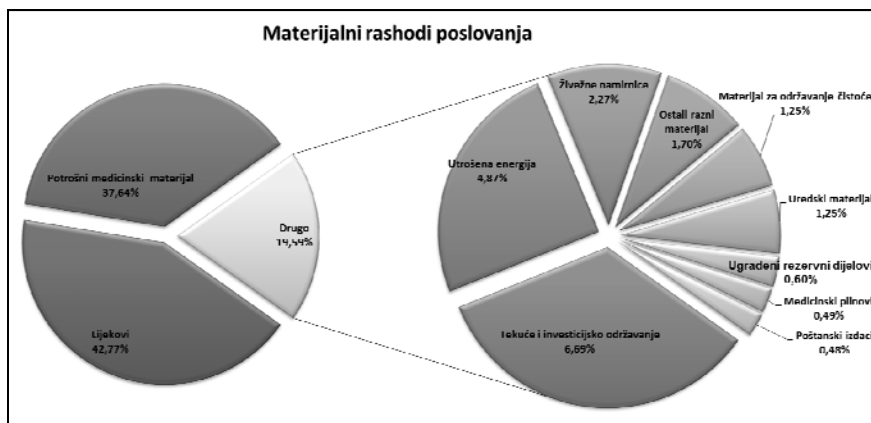
Slika 3. Specifikacija ukupnih rashoda poslovanja

Za učinkovitost ukupnoga bolničkog sustava pojedine zemlje, pored primjene mreže bolnica, sve više postaje bitna veličina pojedine bolnice. Svaki rast bolničkih kapaciteta (broj kreveta) nakon srednje veličine istih, geometrijskom progresijom povećava troškove poslovanja u odnosu na porast prihoda.

Kad se govori o ukupnim troškovima u sustavu zdravstvene zaštite nezaobilazna je tema rastuća potrošnja lijekova. Ona je posebice bitna za

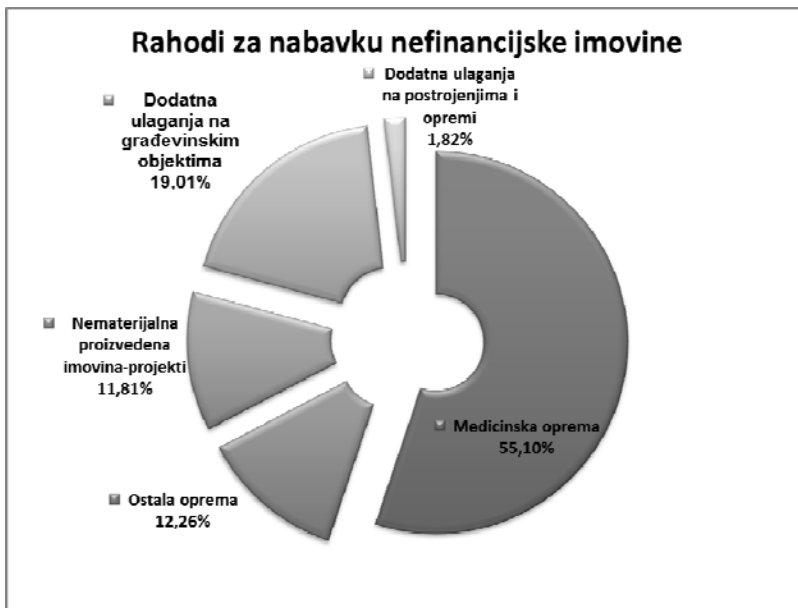
zdravstveni sustav RH. Smatra se da su lijekovi jedan od glavnih generatora povećane potrošnje u zdravstvu, te da su jedna od stavki zdravstvene potrošnje koju je najlakše kontrolirati i racionalizirati. Prvi pokušaj kontrole potrošnje koji je trajao do 2002. bila je kontrola potrošnje putem simboličnih participacija u iznosu od 5 kuna. Godine 2001. uvedena je kategorija dopunskoga zdravstvenog osiguranja, međutim, ni jedna ni druga mjera nisu dale rezultate. Upravo suprotno, plaćanjem dopunskoga zdravstvenog osiguranja osiguranici su bili oslobođeni svih participacija, kako za usluge tako i za lijekove, pa je potrošnja lijekova narasla na preko 2,4 milijarde kuna. Dopunskom zdravstvenom osiguranju pristupale su najrizičnije kategorije populacije: umirovljenici i kronični bolesnici koji su veliki potrošači svih zdravstvenih usluga, dok se zdrava populacija velikim dijelom nije uključivala u dopunsko zdravstveno osiguranje. Kada se govori o rastućoj potrošnji lijekova misli se na potrošnju lijekova i potrošnoga medicinskog materijala kao što su: leće, stentovi, kateteri, peacemakeri i sličnog jako skupog materijala.

Od ostalih materijalnih rashoda bitno je još izdvojiti izdatke za tekuće i investicijsko održavanje građevinskih objekata i opreme, te utrošenu energiju (Slika 4.)



Slika 4. Udio pojedinih materijalnih rashoda poslovanja u ukupnim (Izvor: interni izvještaj Opće bolnice Zadar za razdoblje od 01. siječnja 2011. do 31. prosinca 2011. godine)

Struktura nabave nefinancijske imovine u Općoj bolnici Zadar pokazuje veliki udio medicinske opreme koji je u stalnom porastu naspram drugih rashoda (Slika 5). Porast udjela može se objasniti kroz razvoj medicinske dijagnostike i, s tim u vezi, sve skupljih aparata i ostale opreme za dijagnostiku i liječenje, naspram ostale imovine koja zbog napretka tehnologije postaje sve povoljnija (informatička oprema, građevinski radovi i sl.).



Slika 5. Udio pojedinih rashoda za nabavku nefinancijske imovine u ukupnim
(Izvor: interni izvještaj Opće bolnice Zadar za razdoblje od 01. siječnja 2011. do 31. prosinca 2011. godine)

Nelikvidnost i veliko povećanje obaveza koje su zdravstvene ustanove stvorile prema dobavljačima, tj. značajno smanjenje pokrivenosti stvorenih financijskih obveza s potraživanjima, dovelo ih je u težak financijski položaj. Najteža situacija, karakteristična za ukupnu bolničku zdravstvenu situaciju, gdje je u podgrupi općih bolnica pokrivenost obveza potraživanjima pala ispod 40 %, trajala je do sredine 2008. godine kad se desila velika sanacija dospjelih obaveza (reformom zdravstva). Resorno ministarstvo tad je zaoštrilo politiku prema upravama bolnica u kojima su ravnatelji bili dužni svesti ostvarene financijske minuse na minimum. Nažalost, niti jedna sanacija, pa ni ova 2008. godine, nije imala dugoročno pozitivan učinak, već samo trenutni efekt. Nadalje, analizom dosad obavljenih sanacija utvrđeno je da se određene zdravstvene ustanove pojavljuju više puta u procesu sanacije, te da se iznosi sanacija bolnica uvelike razlikuju od ustanove do ustanove.

Da bi se postiglo bolje financijsko poslovanje javnih zdravstvenih ustanova, potrebno je uspostaviti uredno plaćanje, zaustaviti rast gubitaka i ograničiti rast zdravstvenih troškova. Potrebno je, također, uspostaviti financijsku stabilnost sustava uvođenjem konkretnijeg planiranja i upravljanja u sustav zdravstva, te reorganizirati sustav financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga. Preduvjet svim navedenim mjerama je uspostavljanje bolje informatizacije

sustava zdravstva, u smislu definiranja problema, kontrole i projekcije uspješnosti uvedenih mjera.

Kako bi menadžment zdravstvene ustanove mogao transparentno, ekonomično i učinkovito upravljati, potrebno je ustrojiti unutarnju kontrolu kroz internu reviziju. Vlada RH donošenjem Zakona o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru (NN 141/06) u članku 17. propisala je obavezu uspostavljanja unutarnje revizije. Pravilnikom o unutarnjoj reviziji proračunskih korisnika (NN 35/08) utvrđeni su kriteriji prema kojima su proračunski korisnici obvezni ustrojiti unutarnju reviziju (Vulić i Tankošić, 2008.). Unutarnja kontrola je proces koji provodi menadžment za svoje vlastite potrebe kako bi se mogao nadzirati proces ostvarivanja ciljeva i pritom uočiti i ukloniti nedostaci.

6. FINANCIJSKO IZVJEŠTAVANJE USTANOVA U ZDRAVSTVU

Kao i za ostale subjekte u sustavu proračuna, izvještajni sustav za javne zdravstvene ustanove uključuje obavezu sastavljanja temeljnih financijskih izvještaja: bilance, izvješća o poslovanju (prihodima i rashodima, primicima i izdacima), izvješća o promjenama u vrijednosti i obujmu imovine i obveza i bilješki (NN, 2005.). Uz temeljne izvještaje obvezno je sastavljanje i pomoćnih djelomičnih izvještaja o obvezama, dok se izvještaj o novčanom tijeku sastavlja fakultativno.

Uobičajeno se ističu dva pristupa oblikovanju i sadržaju financijskih izvještaja i to: Zakonom propisani ili standardizirani oblik i neformalni, neobavezni oblik i sadržaj prilagođen konkretnoj potrebi korisnika (Bičanić i dr., 2011.). Navedeni pristup prilagođen je zapravo vrstama korisnika informacija gdje se, s tog motrišta, uobičajeno razlikuju dvije osnovne vrste financijskih izvještaja. To su:

- eksterni financijski izvještaji koji su, u pravilu, propisani ili standardizirani u smislu sadržaja sintetiziranih i sveobuhvatnih informacija i koji udovoljavaju potrebama većine korisnika u okruženju izvještajnog subjekta, i
- interni financijski izvještaji koji su nestandardizirani (neunificirani) jer su sastavljeni prema zahtjevima pojedinoga korisnika u okviru izvještajnog subjekta.

Uz opisane temeljne financijske izvještaje koji se prezentiraju Ministarstvu financija, Državnoj reviziji, resornom ministarstvu i HZZO-u, zdravstvene ustanove dužne su periodično i kontinuirano dodatno izvještavati i HZZO o elementima svojega financijskog poslovanja. U tu svrhu, kao paralelni izvještajni sustav, određen je oblik i sadržaj brojnih izvještaja u kojima su

ustanove dužne prezentirati i izvještaje o stanju obveza i nenaplaćenih potraživanja prema dospelosti, vrstama i izvorima.

Dodatni izvještaji se dostavljaju HZZO-u periodično i to mjesečno, kvartalno i godišnje, a dostavljaju se najkasnije do 10. u mjesecu za prošli mjesec (prošlo tromjesečje, polugodište...). Dodatni izvještaji sastoje se od:

- Izvještaja o dospelosti obveza – po vrstama
- Izvještaja o dospelosti potraživanja – po vrstama
- Izvještaja o izdacima za pripravnike koji se refundiraju putem HZZO-a
- Izvještaja o izdacima za dežurstva i pripravnosti
- Podataka o strukturi zaposlenih
- Izvještaja o izdacima za posebno skupe lijekove i transplantacije
- Stanja žiro računa na dan ...

U prethodno navedenim izvještajima uočavaju se i određene terminološke neusklađenosti u svezi pojmova: prihodi i primici, rashodi i izdaci, što u izvjesnoj mjeri može upućivati da se u predstavljenom izvještaju traže podaci koji su različiti od sadržaja elemenata prihoda i rashoda u temeljnim financijskim izvještajima. U izvještaju pokazatelji financijskoga poslovanja pod kategorijom izdataka istovremenose pojavljuju materijalni izdaci i rashodi za zaposlene. Pojam „izdaci“ upućuje na primjenu novčanoga računovodstvenog koncepta u priznavanju rashoda, dok obveznici primjene proračunskoga računovodstva rashode priznaju u trenutku nastanka. Nameće se potreba uske suradnje između Ministarstva zdravlja i HZZO-a pošto svaka od navedenih institucija prati jedan dio poslovanja ustanova u zdravstvu, a tek zajedno imaju cjelovitu sliku. Jedino suradnjom mogu se postići bolji rezultati. Navedeno bi utjecalo i na realnije utvrđivanje bilančnih prava (sredstva iz decentraliziranih funkcija) za financiranje minimalnoga financijskog standarda javnih potreba u zdravstvu, te rezultiralo kvalitetnijim kriterijima i mjerilima za utvrđivanje bilančnih prava.

Problemi realnosti financijskih izvještaja uvelike su uzrokovani i posebnostima ostvarivanja prihoda javnih zdravstvenih ustanova (Maletić, 2005.). Uzmimo primjer bolnice koja je nabavila uređaj za snimanje magnetnom rezonancom u ukupnom iznosu od 10.000.000,00 kuna u rujnu tekuće godine, kad je i ispostavljen račun. U dogovoru s dobavljačem opreme dogovorena je odgoda plaćanja u roku od šest mjeseci. Uređaj će se financirati u potpunosti iz doniranih sredstava koja će pravne osobe (s kojima je sklopljen ugovor o donaciji) početi uplaćivati početkom iduće godine. Kako je pri nabavi dugotrajne nefinancijske imovine potrebno u trenutku nabave prikazati cjelokupne rashode, ustanova je prikazala manjak prihoda nad izdacima za tekuću godinu u iznosu od 10.000.000,00 kuna. Istovremeno, nenaplaćene primitke, po osnovi donacija, nije bilo moguće prikazati u tekućoj godini. Dakle, posljedica je da svako odgađanje

naplate prihoda rezultira formalno nepovoljnim financijskim rezultatom. Osim toga, nabavljeni uređaj će svoju vrijednost otplaćivati kroz procijenjeni rok upotrebe od 20 godina, pri čemu će se njegovom nabavkom povećati ugovoreni iznos kojega mjesečno doznačuje HZZO.

Radi ispravljanja ovog nedostatka, a za stvarno sagledavanje financijskoga rezultata potrebno je napraviti izvještajni sustav koji će uključiti i obračunate (ostvarene) prihode koji još nisu naplaćeni, ali je njihova naplata u budućnosti izvjesna. Zbog činjenice da se investicijski rashodi iskazuju u cjelosti u trenutku nabave dugotrajne imovine, ukupan rezultat nije dovoljno relevantno mjerilo za ocjenu uspješnosti poslovanja. Vašiček 2007. ističe još i problem iskazivanja primitaka i izdataka od financijske imovine nastalih u postupku financiranja poslovanja (zaduživanje, otplate zajmova i sl.) koji nisu elementi uspješnosti i ne bi trebali biti prikazani u financijskim izvještajima o poslovanju. Oni izravno ne utječu na financijski rezultat. Njihovo prezentiranje u financijskim izvještajima o poslovanju zastupljeno je u računovodstvenom sustavu opće države zbog postizanja univerzalnosti računovodstvenih evidencija i praćenja izvršavanja proračuna. Ostali računovodstveni sustavi ne sadrže ovakvu vrstu praćenja ni izvještavanja o financijskim transakcijama, već se takve promjene prate u okviru bilančnih pozicija kao povećanje ili smanjenje zaduženosti, a prikazuju u izvještaju o novčanom tijeku.

Praćenje troškova po nositeljima troškova nije razvijeno, a isto tako niti mjerenje uspješnosti pruženih usluga. Uzmimo primjer bolnice koja je za Odjel kardiologije kupila ultrazvuk ukupne vrijednosti 500.000,00 kuna. Nakon godine dana procijenjeno je da će navedeni ultrazvučni aparat zbog svojih karakteristika bolje odgovarati na Odjelu za radiologiju, tako da je kardiologija naručila novi aparat iste vrijednosti. Kako su rashodi za nabavku dugotrajne materijale imovine priznati u trenutku nabavke, Odjel kardiologije je iskazao rashode u dvije godine za 1.000.000,00 kuna. Odjel za radiologiju iskazao je rashode od 0,00 kuna jer se ne obračunava amortizacija, te je istovremeno ostvario veće prihode jer korištenjem novim uređajem obavlja veći broj pregleda.

Upotrebom proračunskog računovodstva nije moguće uvesti standard odgovornosti menadžmenata ustanove u situaciji kada ukupan rezultat poslovanja nije dovoljno relevantno mjerilo za ocjenu uspješnosti poslovanja (najviše zbog činjenice da se investicijski rashodi iskazuju u cijelosti u trenutku nabave dugotrajne imovine). Uzimajući u obzir posebnosti djelatnosti zdravstva, osjeća se potreba za izgradnjom kvalitetnijega računovodstvenog informacijskog sustava, a time i zasebnoga podsustava financijskoga izvještavanja u odnosu na opći model državnoga računovodstva, te da objektivna ocjena uspješnosti poslovanja iziskuje sučeljavanje prihoda s rashodima na istim računovodstvenim načelima, konkretno po načelima nastanka događaja (Vašiček, 2008.).

Proračunski način financiranja zahtijeva izradu mjesečnih planova, njihovu strogu primjenu i eventualnu mjesečnu korekciju koju odobrava Ministarstvo financija na prijedlog nadležnoga ministarstva. Mjesečni se planovi

relativno lako mogu donijeti za administrativne poslove (kakvi su uglavnom proračunski korisnici) ili za velike javne radove, dok u djelatnosti zdravstva na plan utječe trenutna promjena zahtjeva za oblicima zdravstvene zaštite koja se mora odmah rješavati. Osim toga, čl. 14. u vezi s čl. 5. točka 11. Zakona o proračunu propisuje da rashodi i izdaci proračuna moraju biti uravnoteženi s prihodima i primicima, što znači da proračunski korisnik može preuzeti obveze samo do visine utvrđene proračunom, odnosno planom i za to imati osigurana sredstva. U zdravstvu, prihodi nisu sigurni (nemogućnost naplate, problematika planiranja donacija...), dok su rashodi istovremeno uvjetovani zdravstvenom situacijom pod utjecajem zdravstvenih rizika.

Kao rezultat svih ovih razlika iz Državne riznice došlo je tumačenje kako zdravstvene ustanove ne moraju izrađivati mjesečne planove, niti izvršavati veći dio obaveza kao proračunski korisnici, nego su samo dužne voditi knjigovodstvo prema Pravilniku o proračunskom knjigovodstvu i proračunskom planu.

7. ZAKLJUČAK

Primjena računovodstvenoga modela nastanka događaja u zdravstvenim ustanovama generira brojne probleme u pripremi računovodstvenih informacija za potrebe menadžerskog odlučivanja, te stvara negativnu sliku o bolnicama kao velikim potrošačima sredstava iz doprinosa i proračuna, pri čemu ne daju zdravstvenu uslugu u željenom obimu i kvaliteti. Najvažniji problem zdravstva jest da je izrazito kapitalno intenzivna djelatnost gdje je upotreba tehnologije na visokoj razini, a k tome je potrebno stalno pratiti razvoj dijagnostičke tehnologije i ulagati u opremu. Kako prema postojećem proračunskom računovodstvu ustanova za nabavu opreme mora odmah prikazati cjelokupni rashod za novonabavljeno sredstvo dugotrajne imovine, razumljivo je da se u financijskim izvještajima generiraju informacije o negativnom poslovanju ustanove u obračunskim razdobljima. S druge strane takva dijagnostička oprema ima dugi vijek trajanja i nerijetko se njome koristi dugo nakon što njena knjigovodstvena vrijednost iznosi nula. Istovremeno se u takvu opremu konstantno ulaže, primjerice zamjenom dijelova, čija vrijednost nerijetko premašuje polovicu nabavne vrijednosti opreme. Ako se i provede revalorizacija takvoga sredstva dugotrajne imovine, vrijednost revalorizacije ne utječe na prihode. Zbog nepredviđenih kvarova na dijagnostičkoj opremi jako je teško planirati nabavu u zdravstvenim ustanovama. Osim toga, postoji i problem provođenja javne nabave medicinskoga materijala. Pri nabavi nije najvažnije postignuti povoljnu cijenu koju nameće menadžment, nego je potrebno i udovoljiti zahtjevima liječnika da se radi o kvalitetnom medicinskom materijalu kojim se koristi u humane svrhe. Isto tako nepredviđene kvarove na medicinskim uređajima nije moguće uvrstiti u plan javne nabave i takve situacije zahtijevaju trenutno rješavanje.

Problemi u zdravstvu javljaju se i na strani prihoda. Naime, zdravstvene ustanove, izravno ovisne o sredstvima koja im odobrava i isplaćuje HZZO, a istovremeno zbog načela da se prihodi priznaju u trenutku naplate, nisu u mogućnosti prikazati donacije i prihode od decentraliziranih funkcija koji će u skoroj budućnosti biti realizirani. Bolnice koje su fakturiranom realizacijom ugovorenih usluga prešle dopušteni limit HZZO-a moraju, da bi poslovale pozitivno, smanjiti pružanje ugovorenih usluga (smanjiti potraživanja). Takvo smanjivanje utjecalo bi na rashode koji su povezani s njima (materijal, djelatnici, nabavljanje i servisiranje opreme i sl.), što najčešće nije moguće, osim u nekim slučajevima s produljivanjem lista čekanja tj. nauštrb kvalitete pruženih zdravstvenih usluga. Prihodi za pokriće nastalih rashoda, koje zdravstvene ustanove ostvaruju, većim dijelom imaju zaostatak od 90 ili više dana, a često su i neizvjesni. Dosljedna primjena prilagođenoga računovodstvenog koncepta u dijelu priznavanja prihoda u tim situacijama, pogotovo na prijelazu iz jedne u drugu proračunsku godinu, odražava se negativno na izvještaj o rezultatima poslovanja ustanove.

Pošto se bolničkim ustanovama konstantno, smanjivanjem limita, smanjuju prihodi, a cijene usluga, energenata i ostalih materijalnih resursa potrebnih za poslovanje (uređaja, lijekova i sl.) su u stalnom porastu, bolničke ustanove dužne su smanjivati izdatke poslovanja. U zdravstvenom sustavu tako se javlja, često kao jedino rješenje, potreba uvođenja određenih restrikcija prema pacijentu, prvenstveno kroz uvođenje participacije i određenih ograničenja glede pristupa skupljim oblicima zdravstvene zaštite. Drugi pristup polazi od liječnika kao generatora rastuće zdravstvene potrošnje. Na strani ponude zdravstvene zaštite prakticiraju se različiti oblici smanjivanja zdravstvene potrošnje kao što su:

- potrošnja lijekova,
- kontrola izgradnje kapitalnih objekata u zdravstvu,
- kontrola bolničkih kreveta i sl.

Sa stajališta gospodarstva, od zdravstvenih ustanova očekuju se pozitivni ekonomski efekti koje je moguće mjeriti, financijski kvantificirati i ekonomski vrednovati. Nedvojbeno se zato nameće potreba kvalitetnog izvještavanja u zdravstvenim ustanovama. Posebnosti poslovanja zdravstvenih ustanova u kontekstu primjene općeg modela proračunskoga računovodstva uzrokuju manjkavosti pri sagledavanju stvarnih financijskih pokazatelja poslovanja (što je pokazano na gornjim primjerima) i izvještavanju o izvršavanju planskih ograničenja. Ti se nedostaci odnose naročito na područje kvalitete informacija za upravljanje ukupnim troškovima, a time i na mjerenje učinkovitosti poslovanja u zdravstvenim ustanovama, koje su po prirodi kapitalno intenzivne. Primijenjeni računovodstveni koncept ne predviđa mogućnost kapitalizacije troškova stjecanja dugotrajne imovine i njihovo sustavno vremensko ili funkcionalno alociranje putem amortizacije na mjesta i nositelje troškova.

LITERATURA

Bajo, A. (2006.): *Proračunski sustav : Ornament ili sredstvo upravljanja državnim financijama*, Institut za javne financije, Zagreb

Bičanić, N., Đukanović, Lj., Rakijašić, J. (2011.): *Aktualnosti za proračun i proračunske korisnike*, TEB - poslovno savjetovanje, Zagreb

Grupa autora (2005.): *Primjena računskog plana proračuna 2005./2006.: osnove sustava, primjeri knjiženja, propisi, računski plan, (Maletić, I.: Posebnosti u djelatnosti zdravstva, str. 222-229)*, Hrvatska zajednica računovođa i financijskih djelatnika, Zagreb

Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006. – 2011., Zagreb, 2006.

Sladoljev, J., Šišara, J., Boban, M. : *Upravljanje ljudskim potencijalima u cilju povećanja konkurentnosti poduzeća*.

http://www.vus.hr/uploads/file/zbornik/rad_sladoljev_sisara_boban.pdf
(10.08.2012.)

Vašiček, D. (2008.): *Razvoj računovodstvenog informacijskog sustava javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj*, Zbornik. 1st International Conference “Vallis Aurea”, Focus on: Regional Development, Požega, str. 987-991.

Vašiček, D. (2009.): *Računovodstvo proračuna : predavanja (samo za internu upotrebu)*, Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet Rijeka

Vašiček, D.(2007.): *Državno računovodstvo u funkciji odlučivanja javnog menadžmenta*, doktorska disertacija, Zagreb

Vulić, J., Tankošić, D. (2008.): *Interno financijsko izvještavanje u funkciji upravljanja bolnicom*, Zbornik. 1st International Conference “Vallis Aurea”, Focus on: Regional Development, Požega

Boško Katić, bacc. oec.

Financial accountant
General Hospital - Zadar
E-mail: knjigovodstvo@bolnica-zadar.hr

Jelena Vidović, PhD

Lecturer
University Department of Professional Studies in Split
E-mail: jvidovic@oss.unist.hr

SHORTCOMES OF APPLICATION OF GOVERNMENT ACCOUNTING IN MEDICAL INSTITUTIONS – EXAMPLE OF ZADAR GENERAL HOSPITAL

Abstract

According to the existing Budget Act and Regulations on government accounting, government accounting is based on modified accrual basis and the application of historical costs principle in the measurement of balance sheet figure. Medical institutions have the largest problem in terms of using this accounting concept. They differ from other budget users by their size, importance (political, social and economic), source of financing, consumption, liquidity, participation on the market etc. In this paper it is shown how the financial reporting system used in public sector cannot provide relevant and reliable image of business operations of medical institutions. These financial data cannot be used as the base for making economic decisions in medical institutions, and they show deficiencies in helping make economic, social and political decisions on state level.

Keywords: government accounting, health care institutions, modified accrual basis, health sector financing, Croatian Institute for Health Insurance.

JEL classification: M41, I18