

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XIII, ZESZYT 4

<http://piz.sanedu.pl>

**Zarządzanie kosztami, informacją i jakością
w ochronie zdrowia**

Redakcja

Roman Lewandowski

Łódź 2012

Koszt wydania Zeszytu 4 refundowany przez Olsztyńską Wyższą Szkołę Informatyki
i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego

Zeszyt recenzowany

Redaktor tematyczny
Roman Lewandowski

Korekta językowa oraz skład i łamanie
Agnieszka Zytka

Projekt okładki
Marcin Szadkowski

© Copyright by Społeczna Akademia Nauk, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki
i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego

ISSN: 1733-2486

Wydawnictwo
Społecznej Akademii Nauk
ul. Kilińskiego 109, 90-011 Łódź
42 676 25 29, w.339, e-mail: wydawnictwo@swspiz.pl

Druk i oprawa: TOTEM
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław
tel.: 52 35 400 41

Spis treści

Wstęp.....	7
Rozdział I	
Zarządzanie kosztami i efektywnością w kontekście finansowania usług medycznych.....	11
Marcin Kautsch	
Zmiany zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej	
Changes in debt levels of public health care units	13
Wiesław Janik	
Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce	
Financial Standing of Selected Hospitals in Time of the Healthcare System Crisis in Poland.....	27
Adam Handzelewicz	
Sytuacja ekonomiczna stacji dializ w Polsce	
The economic situation of dialysis station	45
Daria Trućko-Stochmal	
Szpital efektywnym przedsiębiorstwem – jak wykorzystać informatyczne narzędzia analityczne, aby to osiągnąć?	
Hospital-effective enterprise - how to use computer analysis tools to accomplish this?	58
Benedykt Bober	
Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym	
Of conditioning of the implementation of the bill of charges the ABC in the medical enterprise	71
Małgorzata Cygańska	
Obiekt kalkulacyjny w rachunku kosztów szpitali – proponowane kierunki zmian	
Cost object in hospital accounting system - suggested change directions	89
Janusz Chełchowski, Dorota Gierz-Gierszewska	
Zmiany strukturalne a proces identyfikacji, gromadzenia i przetwarzania danych o kosztach procedur medycznych w podmiotach leczniczych	
Structural changes and the process of identification, collection and processing of data on the costs of medical procedures in health care entities.....	100
Joanna Wieczorek	
Rola controllingu w zarządzaniu strategicznym i operacyjnym Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej(NZOZ)	

The role of controlling In strategic and operating management in unpublic clinic	115
Rozdział II	
Zarządzanie informacją	129
Janusz Chetchowski, Brygida Kondracka	
System zarządzania ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa przetwarzanych informacji na przykładzie Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie Risk management system with regard to the security of processed information on the example of the Health Care Center of the Ministry Of Internal Affairs with the Warmia and Masuria Oncology Center in Olsztyn...	131
Roman Lewandowski	
Zastosowanie technologii teleinformatycznych do wzmocnienia pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia The Use of ICT to Strengthen the Patients position in the Healthcare System ...	142
Anna Gawrońska-Błaszczuk	
Unikalna identyfikacja pacjenta w kontekście integralności i interoperacyjności danych na rzecz efektywnego zarządzania przepływem pacjentów przez podmioty lecznicze Unique patient identification in the context of data integrity and interoperability for the sake of effective management of patient flow by hospitals	154
Rozdział III	
Jakość w organizacjach ochrony zdrowia	165
Małgorzata Wiśniewska, Aneta Muzolf	
Wybrane aspekty doskonalenia systemów zarządzania jakością w obszarze opieki zdrowotnej Selected aspects of the improvement of the quality management systems in health care area	167
Małgorzata Wiśniewska, Anna Jasiak-Kujawska	
Wybrane metody oceny jakości usługi pielęgniarstwa Selected methods of nursing service quality assessment	182
Kamila Skrzypczyńska	
Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala Quality management in Polish hospitals – the influence of quality management systems on the functioning of a hospital	196
Agata Krukowska-Miler	
Stosowanie zasad marketingowych przy obsłudze pacjentów w trakcie świadczenia usług zdrowotnych Using marketing rules during health care services operation	209

Grażyna Broniewska	
Systemy zarządzania jakością w placówkach medycznych	
Quality management systems in medical institutions	221
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska	
Jakość obsługi pacjenta a konkurencyjność gabinetu stomatologicznego	
Patient Service Quality and Competitiveness of a Dentist's Surgery	232
Janusz Chełchowski, Brygida Kondracka	
System przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym w doskonaleniu zarządzania organizacją	
Corruption hazard counteracting system in improvement of organizational management	248
Rozdział IV	
Varia	259
Izabela Rydlewska-Liszkowska	
Ekonomiczny wymiar ochrony zdrowia – perspektywa przedsiębiorcy /pracodawcy	
Economic value of health care – employers perspective	261
Urszula Gołaszewska-Kaczan	
Inwestycje w zdrowie jako element inwestycji w kapitał ludzki	
Investments in health as an element of investing in human capital	272
Janusz Chełchowski, Brygida Kondracka	
Nowotwory złośliwe – problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa	
Malignant tumors – health and economic problem of the polish society	286
Edward Chrzan	
Wykorzystanie różnych form rekreacji fizycznej w prozdrowotnych trendach spędzaniu czasu wolnego	
Using Various Forms of Physical Recreation in Health Trends of Leisure	299
Rozdział V	
Komunikaty	311
Komunikat 1	313
Komunikat 2	316
Komunikat 3	318

Wstęp

W większości rozwiniętych krajów ochrona zdrowia stanowi drugi co do wielkości pod względem nakładów finansowych, po ubezpieczeniach społecznych, sektor działalności państwa. Według danych OECD, w 2009 roku w Polsce na ochronę zdrowia wydano 7,4% PKB. Duża część z tych funduszy jest konsumowana przez szpitale. Jednakże pomimo ewidentnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, i to zarówno pod względem sumy wydatków, jak i ich stosunku do PKB, wiele szpitali wciąż boryka się z zadłużeniem (przykładowo, w latach 1999–2009 wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wzrosły odpowiednio z 5,7% do 7,4% PKB).

Rozdział pierwszy niniejszej publikacji ukazuje właśnie problematykę zadłużania szpitali oraz zagadnienia związane z zarządzaniem kosztami i efektywnością w organizacjach ochrony zdrowia. Z jednej strony wśród publicznych szpitali obserwujemy podział na dwie grupy: pierwszą, która niezmiennie od wielu lat się zadłuża i drugą, która pomimo faktu, że działa w tych samych warunkach makroekonomicznych, bilansuje swoje koszty z przychodami. Dodatkowo, pomimo artykułowanego powszechnie w mediach niedofinansowania ochrony zdrowia, sukcesywnie zwiększa się liczba prywatnych, dobrze funkcjonujących szpitali, dla których głównym źródłem przychodu jest również Narodowy Fundusz Zdrowia. Niektórzy autorzy twierdzą, że aby rozwiązać problem zadłużenia w zakładach opieki zdrowotnej, należy stosować metody i narzędzia zarządzania kosztami wykorzystywane od lat w przedsiębiorstwach. Wymienia się tu takie metody, jak na przykład: rachunek kosztów działań, controlling, czy narzędzia analityczne typu „Business Intelligence”. W rozdziale tym zwrócono również uwagę na „tradycyjny” rachunek kosztów leczenia, który jest uregulowany rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1998 roku określającym szczegółowe zasady rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

W kolejnym rozdziale autorzy starają się wskazać rozwiązania problemów dotyczących przetwarzania danych i ich ochronę w systemach informatycznych placówek medycznych. W organizacjach tych przetwarza się duże ilości danych dotyczących zdrowia ludzi, które należą do tak zwanych

danych wrażliwych. Z jednej strony należy zapewnić maksymalną ochronę danych przed nieupoważnionym dostępem, a z drugiej strony muszą być one udostępniane na bieżąco w wielu miejscach organizacji, gdyż od tego zależy często zdrowie, a nawet życie pacjentów. Ponadto jednym z podstawowych problemów, z jakimi borykają się podmioty lecznicze, jest identyfikacja pacjenta. To pozornie błahie zagadnienie jest w gruncie rzeczy kluczowe w kontekście integralności i interoperacyjności danych dotyczących efektywnego zarządzania przepływem pacjentów. Błędy medyczne związane z niewłaściwą identyfikacją pacjenta mogą objawiać się w kilku obszarach: błędnego powiązania wyników badań z pacjentem, błędnej komunikacji pomiędzy personelem medycznym (np. podczas zabiegu chirurgicznego dochodzi do usunięcia zdrowego narządu) oraz podaniem leku niewłaściwemu pacjentowi. Autorzy wskazują, że systemy informatyczne powinny być również wykorzystywane do podnoszenia jakości i dostępności usług zdrowotnych, poprzez usprawnienie przepływu informacji i komunikacji pomiędzy pacjentami a świadczeniodawcami.

Jakość to zagadnienie nieodłącznie związane z ochroną zdrowia, stąd coraz więcej placówek wdraża sformalizowane systemy zarządzania jakością takie, jak np. rodzina norm ISO 9000. Jednym z kluczowych składników procesu leczenia jest opieka pielęgniarstwa, którą należy rozumieć nie tylko jako całokształt zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy technicznych, ale jako cały obszar kontaktów międzyludzkich, w tym psychicznych, społecznych i duchowych. Zarządzanie tak szerokim zakresem doskonalenia jakości w obszarze usług pielęgniarstwa wymaga poszukiwania i adaptowania do warunków ochrony zdrowia odpowiednich narzędzi pomiaru poziomu jakości. W kolejnym rozdziale niniejszej publikacji opisywane są takie instrumenty, jak: BOHIPSZO, Servqual i Kryterialny Wzorzec Jakości. Patrząc z szerszej perspektywy, dla sukcesu organizacji działającej w sektorze usług profesjonalnych, a takimi są świadczenia zdrowotne, szczególnie ważne – jeśli chodzi o reputację podmiotu leczniczego – jest etyczne działanie personelu. Zjawisko korupcji może wystąpić w każdej organizacji i zawsze będzie miało negatywną wymowę społeczną, jednakże występowanie tej patologii w ochronie zdrowia jest szczególnie szkodliwe, gdyż dotyka jednej z najważniejszych wartości – ludzkiego zdrowia i życia. Autorzy jednego z artykułów przekonują, że odpowiednie wdrożenie systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym i powiązanie go z innymi systemami zarządzania jakością, może skutecznie ograniczyć występowanie tego zjawiska.

Rozdział czwarty obejmuje zróżnicowane zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia, między innymi zdrowie w środowisku pracy, które wiąże się nie tylko z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, ale również ze wszystkimi pozostałymi skutkami zdrowotnymi wywołanymi środowiskiem pracy człowieka. Zdrowie w miejscu pracy powiązane jest z promocją i utrzymaniem go na możliwie najwyższym poziomie dobrostanu. Jest to niezwykle istotne, chociażby w kontekście planów wydłużenia wieku emerytalnego. Zdrowie, podobnie jak wiedza, wyznawane wartości, umiejętności i motywacja wpływają na jakość kapitału ludzkiego. Poziom poszczególnych składowych tego kapitału powinien być kształtowany poprzez działania określane mianem inwestycji w kapitał ludzki, gdyż kapitał ten jest kluczowym czynnikiem w tworzeniu przewagi konkurencyjnej i silnie warunkuje sukces firmy.

Jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa są nowotwory złośliwe, które stanowią drugą przyczynę zgonów, powodując ponad 26% zgonów u mężczyzn i 23% zgonów u kobiet. Wpływa to również na zdrowie w miejscu pracy, gdyż w populacji kobiet nowotwory przed 65. rokiem życia są już od kilku lat najczęstszą przyczyną śmierci (stanowią około 30% zgonów w grupie młodych kobiet i 50% zgonów wśród kobiet w średnim wieku). Do końca tej dekady nowotwory prawdopodobnie staną się także przyczyną nr 1 przedwczesnej umieralności mężczyzn. W kontekście zdrowia kolejny autor rozważa między innymi teorię trzeciej fali Toflera, która zakłada, że nastąpi przewrót w psychosferze i całej organizacji życia społecznego (w pracy, edukacji, odpoczynku, itp.). Jednym z tych istotnych trendów ma być nastawienie na zdrowy tryb życia, wiążący się z zachowaniami proekologicznymi, sposobami zdrowego odżywiania czy wreszcie uprawianiem sportu i rekreacji ruchowej.

Przekazując w Państwa ręce niniejszy numer czasopisma, mam nadzieję, że treści w nim zawarte, które są owocem pracy wszystkich autorów, staną się przyczynkiem do podejmowania nowych wyzwań w sferze badań naukowych oraz usprawniania organizacji ochrony zdrowia, w których część z Państwa z pewnością pracuje.

Roman Lewandowski

Rozdział I

Zarządzanie kosztami i efektywnością w kontekście finansowania usług medycznych

Marcin Kautsch
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Zmiany zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej

Streszczenie: Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulegało w ostatnich latach istotnym zmianom. Zobowiązania wymagalne były zastępowane przez niewymagalne. Poziom zobowiązań ogółem utrzymywał się przez dłuższy okres na podobnym poziomie, jednak w ostatnim czasie zaczyna wzrastać. Powyższe może być przypisane czynnikom zewnętrznym oraz wewnętrznym. Autor, wśród tych ostatnich, wskazuje na niską jakość zarządzania zakładami. Zmiana sposobu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, zmiana sposobów zakupu usług oraz restrukturyzacja zasobów przyczynić się mogą do zmniejszenia zadłużenia.

Changes in debt levels of public health care units

Summary: The level of debt borne by public health care units has changed significantly in recent years. Payable liabilities were replaced by non-payable ones. Total liabilities have stabilised for a period of time, however, recently, they have begun to rise, which can be attributed both to external and to internal factors. Within the latter group, the author focuses on poor quality of institutional management and argues that changes in the way health care units are managed, changes in service procurement procedures and a restructuring of resources may contribute to debt reduction.

Wprowadzenie

Dyskusje na temat zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp z oż), zwłaszcza szpitali, mają charakter przede wszystkim polityczny, brak jest rzetelnej analizy mechanizmów i przyczyn jego powstawania. Wymienianie przyczyn zadłużenia ograniczają się do stwierdzenia, mówiącego o wysokich kosztach, czy niedostatecznych przychodach. Brak dyskusji o merytorycznych rozwiązaniach na poziomie systemu ochrony zdrowia sprawia że, de facto, niestosowane są narzędzia, które mogłyby zmniejszyć poziom zadłużenia. Zadłużenie staje się trwałym elementem nie tylko polskiego systemu opieki zdrowotnej. Podobne

zjawiska występują w innych krajach, w których zakłady opieki zdrowotnej / płatnicy od lat generują deficyt. Zadłużenie szpitali w Polsce rosło gwałtownie na początku poprzedniej dekady. Następnie przez kilka lat – choć nie w sposób znaczący – doszło do obniżenia wielkości zobowiązań publicznych szpitali, które jednak ostatnio powtórnie wzrasta.

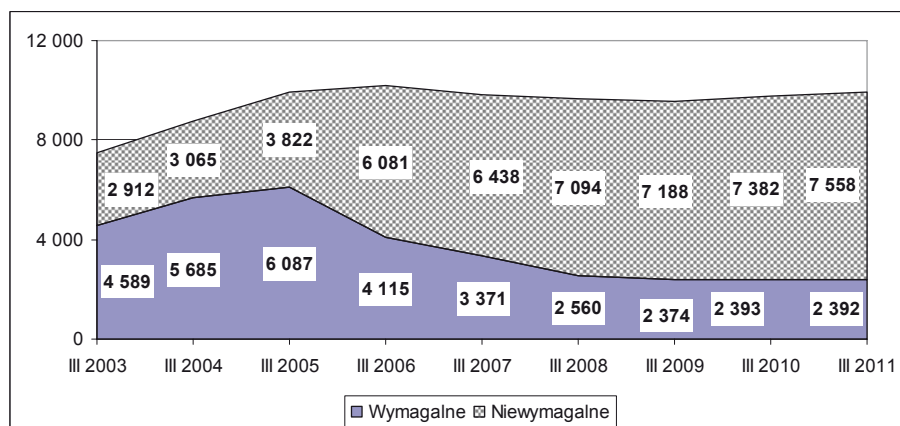
Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wielkości zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnich latach, próba pokazania czynników, które sprawiały, że jego poziom tak istotnie zmieniał się, a także wskazanie działań, które mogłyby doprowadzić do obniżenia wielkości zadłużenia zoz-ów, czy też spadku tempa jego narastania.

Skala zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej

Zadłużenie zoz-ów jest zmienne i zależy od kilku czynników. W powszechnej opinii publiczny płatnik nie płacąc za wszystkie wykonane usługi, przyczynia się do tego, że zakłady popadają w zadłużenie. Podobnie uznaje się, że zdarzające się od czasu do czasu akcje „gaszenia pożarów”, czyli spłata (części) zobowiązań przez państwo, powoduje spadek zadłużenia.

Zmianę zadłużenia zakładów w latach 2003-2011 przedstawiono na rysunku poniżej.

Rys. 1. Zadłużenie sp zoz-ów w III kwartale w latach 2003–2011.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia a, d].

Analiza powyższych danych wskazuje na dwie tendencje. Pierwszą z nich jest wzrost wartości zobowiązań ogółem do roku 2006. Po tym okresie wartość ta podlegała niewielkim fluktuacjom ulegając nieznacznemu zmniejszeniu. Drugą – wyraźny wzrost (do II kw. 2005), a następnie jeszcze

wyraźniejsze zmniejszanie się zobowiązań wymagalnych przy wzroście niewymagalnych. Oznacza to, że zoz-y szukały innych niż wpadanie w długi sposobów finansowania: kredytów, by miast spłacać karne odsetki, płacić niższe raty kredytowe. Ww. nieznaczny, ale widoczny spadek poziomu zobowiązań ogółem to efekt tego, że przyrost zobowiązań niewymagalnych był mniejszy niż spadek zobowiązań wymagalnych, co należy traktować jako optymistyczny sygnał. Najniższy poziom zobowiązań ogółem jednostki osiągnęły pod koniec 2009 roku, a zobowiązań wymagalnych – pod koniec 2010. Potem nastąpił wzrost obu wartości.

Zobowiązania wymagalne

W związku z wysokimi kosztami obsługi jaką generują, najistotniejszym problemem (przynajmniej w krótszej perspektywie) są zobowiązania wymagalne.

W tabeli poniżej zestawiono województwa (oraz resorty) z wielkością zobowiązań wymagalnych przypadających na nie¹.

Tab. 1. Zobowiązania wymagalne sp zoz-ów 2004, 2009-2011 (III kwartał) [mln zł].

	2004	2009	2010	2011	Zmiana procentowa		
					2004/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011
Dolnośląskie	1128,6	233,5	148,5	154,5	-79%	-36%	4%
Kujawsko-Pomorskie	258,6	137,5	143,6	186,3	-47%	4%	30%
Lubelskie	337,1	163,5	167,4	168,8	-51%	2%	1%
Lubuskie	439	42,3	30,7	40,4	-90%	-27%	32%
Łódzkie	612,8	216,5	155,9	154,5	-65%	-28%	-1%
Małopolskie	279,2	135,3	143,7	164,2	-52%	6%	14%
Mazowieckie	624,2	426,7	497,4	513,9	-32%	17%	3%
Opolskie	87,5	8,3	10,1	14,5	-91%	22%	44%
Podkarpackie	101,2	67,4	87,3	110,5	-33%	30%	27%
Podlaskie	156,2	63,5	69	74,9	-59%	9%	9%
Pomorskie	461	173,1	99,2	98,7	-62%	-43%	-1%
Śląskie	466,4	272,8	267,4	355,3	-42%	-2%	33%
Świętokrzyskie	238,4	75,7	80,9	79,1	-68%	7%	-2%
Warmińsko-Mazurskie	115,6	39,4	42,4	34,4	-66%	8%	-19%
Wielkopolskie	137,5	83,4	121,3	155,9	-39%	45%	29%

¹ Ze względów na ograniczenia objętości tekstu pominięto lata 2005-2008

Zachodniopomorskie	178,9	28	27,1	24,6	-84%	-3%	-9%
MON	119,3	20,9	20	31,9	-82%	-4%	60%
MSWiA	130,7	75,9	27,9	29,9	-42%	-63%	7%
RAZEM	5872,2	2263,7	2139,8	2392,3	-61%	-5%	12%

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b].

Analiza przeprowadzona dla ww. okresu pokazuje kilka zjawisk. Zakłady były (i są) zadłużone w różnym stopniu. W roku 2004 najbardziej zadłużone były te z woj. dolnośląskiego, które obecnie spadło na piąte miejsce, w tym mało chlubnym rankingu. Początkowo najbardziej widoczne spadki zadłużenia dotyczyły zachodniej Polski oraz woj. opolskiego i pomorskiego. W ww. okresie, spadki zadłużenia były wręcz spektakularne. Relatywnie niski spadek nastąpił w woj. mazowieckim, podkarpackim oraz wielkopolskim.

Niepokoić muszą silne wzrosty poziomu zadłużenia w okresie 2009-2011 odnotowane przez zakłady z niektórych województw (oznaczone w tabeli pogrubioną kursywą) – szczególnie, jeżeli wcześniej to zadłużenie było duże lub jego wzrost był istotny (woj. lubelskie, mazowieckie, śląskie, wielkopolskie, małopolskie). Ostatni rok przyniósł niekorzystną zmianę w stosunkowo dużej liczbie województw. Choć w niektórych przypadkach wzrost zadłużenia jest niewielki lub dotyczy niewielkich wartości (nominalnie), to zmiana trendu jest wyraźna. Niewielkim spadkom w ostatnich analizowanych latach towarzyszyły spektakularne wzrosty zadłużenia (nominalnie / procentowo).

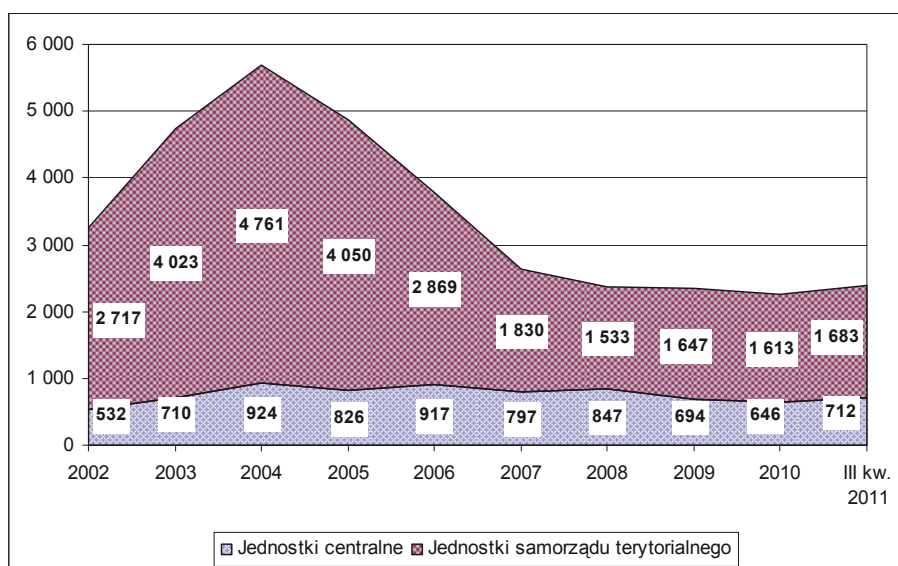
Warto też stwierdzić, że omawiany okres przyniósł istotne zmiany w „mapie zadłużenia”, a największy wpływ nią mają wyniki uzyskiwane przez zakłady woj. dolnośląskiego. Ma ono największy udział w spadku zadłużenia. W roku 2004 zakłady woj. dolnośląskiego odpowiadały niemalże za co 5. złotówkę długu, w roku 2011 już tylko za co 12. I choć największy procentowy spadek zadłużenia odnotowało woj. lubuskie, to w związku wartością długów w obu województwach wyniki dolnośląskiego istotnie wpływają na obraz analizy.

Warto też przeanalizować zadłużenie w zależności od podmiotu, który zakład utworzył. Na rysunku 2 pokazano jak zmieniał się zadłużenie wymagalne zoz-ów utworzonych przez jednostki centralne² oraz jednostki samorządu terytorialnego (JST).

² Z informacji uzyskanych od pracowników Ministerstwa Zdrowia wynika, że w przedstawianym zestawieniu nie ma jednostek MON i MSWiA (są więc uczelnie oraz jednostki MZ), stąd też różnica w wartości zobowiązań w porównaniu z poprzednimi zestawieniami.

W latach 2002-2004³ dynamika wzrostu zobowiązań wymagalnych była niezwykle silna (dla obu kategorii jednostek: 74-75%). Po tym okresie obie grupy zachowują się całkowicie odmiennie. Zakładom podległym JST udało się bardzo istotnie zmniejszać wartość zadłużenia. Zmniejszenie to spadło o 68% do roku 2009. W zakładach utworzonych przez jednostki centralne spadki przeplatały się ze wzrostami. W okresie 2004-2011 zakładom podległym samorządowi terytorialnego udało się zredukować zadłużenie wymagalne o 65%, natomiast tym, podległym jednostkom centralnym o zaledwie 23%.

Rys. 2. Zadłużenie wymagalne sp zoz-ów w latach 2002-2011 (III kw.) w zależności od organu założycielskiego.



Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia c].

Zróźnicowanie zadłużenia w zależności od rodzaju jednostki jest także widoczne przy analizie odsetka zadłużonych zakładów. W roku 2006 wskaźnik zadłużenia ogólnego w zakładach samorządowych wynosił 57,17%. Najlepiej radziły sobie zakłady utworzone przez władze wojewódzkie, w ich przypadku wskaźnik ten wyniósł 47,28%, w zakładach utworzonych przez powiaty – 72,04%, natomiast w zakładach utworzonych przez państwowe uczelnie medyczne aż 84,13% (Sobczak i inni., niedatowany, s. 19).

³ Różnica między danymi zawartymi na wykresach 1 i 2 wynika z różnic miernikach czasu, jaki zastosowano: III kwartał vs. pełne lata.

Zobowiązania ogółem

W tabeli 2 zamieszczono dane dotyczące zobowiązań ogółem. Zmiany jego wielkości w poszczególnych województwach są zbliżone do tych, jakie zaobserwowano w przypadku zobowiązań wymagalnych (pogrubioną kursywą wyróżniono te, w których nastąpił wzrost wartości zobowiązań ogółem). W dwóch pierwszych analizowanych okresach (2004-2010) nastąpił wzrost zobowiązań ogółem, a w ostatnim – pozostały one na tym samym poziomie.

Ponownie liderem spadku wartości zobowiązań ogółem są województwa „ściany zachodniej”, wzrastają natomiast zobowiązania „ściany wschodniej”. Na szczególną uwagę zasługują województwa mazowieckie i śląskie, w obu przypadkach wartości zobowiązań ogółem znacząco przekroczyły miliard złotych.

Tab. 2. Zobowiązania ogółem sp zoz-ów 2004, 2009-2011 (III kwartał) [mln zł].

	2004	2009	2010	2011	Zmiana procentowa		
					2004 / 2009	2009 / 2010	2010 / 2011
Dolnośląskie	1421,5	904,2	831,1	795,9	-36%	-8%	-4%
Kujawsko-Pomorskie	427,7	428,3	503,1	551,9	0%	17%	10%
Lubelskie	532,1	699,1	766,2	761,8	31%	10%	-1%
Lubuskie	535,8	458,8	387,7	379,4	-14%	-15%	-2%
Łódzkie	877,4	770,1	674,3	640,2	-12%	-12%	-5%
Małopolskie	606,6	666,7	692,7	689,3	10%	4%	0%
Mazowieckie	1037,4	1505,6	1637,6	1475,1	45%	9%	-10%
Opolskie	169,2	116,9	114,1	117,5	-31%	-2%	3%
Podkarpackie	301,3	374,3	432,3	485,6	24%	15%	12%
Podlaskie	269,3	292,4	331,2	359,2	9%	13%	8%
Pomorskie	688,2	709,5	668,1	704,9	3%	-6%	6%
Śląskie	947	1087	1200,2	1258,7	15%	10%	5%
Świętokrzyskie	366,8	286	327,4	332,2	-22%	14%	1%
Warmińsko-Mazurskie	226	187,7	182	177,7	-17%	-3%	-2%
Wielkopolskie	333,6	514,3	562,9	558,5	54%	9%	-1%
Zachodniopomorskie	302,8	244,1	264,5	268,8	-19%	8%	2%
MON	201,3	152,6	177	187,9	-24%	16%	6%
MSWiA	206	230,3	210,8	205,4	12%	-8%	-3%
RAZEM	9450	9627,9	9963,2	9950	2%	3%	0%

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b].

Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej w stosunku do obsługiwanej populacji i wielkości zakładów

Województwa różnią się liczbą ludności i liczbą łóżek, więc zadłużenie należy odnieść do ww. wartości. W tabeli 3 pokazano wartość zobowiązań zoz-ów w przeliczeniu na liczbę ludności / łóżek w województwie⁴.

Pogrubioną czcionką zaznaczono te województwa, w których wartość zobowiązań jest o co najmniej 25% wyższa od średniej.

Najmniejsze zobowiązania (wymagalne, ogółem) w przeliczeniu na liczbę ludności, jak i łóżek mają woj.: opolskie, zachodniopomorskie, i warmińsko-mazurskie. Największe zobowiązania na liczbę ludności mają woj. mazowieckie, kujawsko-pomorskie i śląskie, a na liczbę łóżek: lubuskie i pomorskie.

Tab. 3. Zadłużenie sp zoz-ów na dzień 30.09.2011 w przeliczeniu na liczbę ludności oraz liczbę łóżek (przybliżenie) [zł].

	Liczba ludności (tys.)	Liczba łóżek	Zobowiązania w przeliczeniu na:			
			Liczbę ludności		Liczbę łóżek	
			Wymagalne	Ogółem	Wymagalne	Ogółem
Dolnośląskie	2 907	15 875	53	221	9 732	40 403
Kujawsko-Pomorskie	2 069	9 445	90	177	19 725	38 708
Lubelskie	2 199	12 973	77	270	13 012	45 710
Lubuskie	1 009	4 951	40	336	8 160	68 471
Łódzkie	2 613	11 421	59	186	13 528	42 527
Małopolskie	3 232	14 421	51	162	11 386	36 412
Mazowieckie	5 124	21 773	100	188	23 603	44 146
Opolskie	1 065	5 221	14	97	2 777	19 728
Podkarpackie	2 104	10 602	53	178	10 423	35 380
Podlaskie	1 209	7 080	62	235	10 579	40 155
Pomorskie	2 180	9 375	45	278	10 528	64 661
Śląskie	4 743	24 682	75	190	14 395	36 602
Świętokrzyskie	1 297	6 474	61	195	12 218	39 095
Warmińsko-Mazurskie	1 428	6 589	24	100	5 221	21 748
Wielkopolskie	3 352	16 062	47	120	9 706	25 065
Zachodniopomorskie	1 698	9 697	14	144	2 537	25 183
ŚREDNIO	-	-	54	192	11 096	39 000

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b, CSIOZ, niedatowane].

⁴ Nie uwzględniono zadłużenia jednostek podległych MON i MSWiA.

Finansowanie usług szpitalnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia a zobowiązania zakładów

Zadłużenie powstaje w związku z niemożnością zrównoważenia kosztów z przychodami. W związku z brakiem dostępu do wiarygodnych danych nt. kosztów działania szpitali, dalsza analiza musi zostać ograniczona do części przychodowej.

W tabeli 4 przedstawiono dane nt. ponoszonych przez NFZ kosztów leczenia szpitalnego, które stanowi podstawę przychodów szpitala, choć nie jest jednak ich jedynym źródłem. Poniższe zestawienie należy więc traktować z pewną ostrożnością. Widać jednak, że znaczącemu wzrostowi środków przeznaczanych na leczenie szpitalne nie towarzyszył spadek zobowiązań ogółem.

Tab. 4 Koszty leczenia szpitalnego a koszty świadczeń zdrowotnych ogółem ponoszone przez NFZ a zobowiązania sp zoz-ów– 2004-2011 [mln zł].

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Zmiana procentowa
Koszty leczenia szpitalnego	13 148	14 526	15 782	18 958	23 802	25 775	27 064	27 482	109%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego	-	10%	9%	20%	26%	8%	5%	2%	-
Zobowiązania wymagalne	5 872	4 934	3 724	2 666	2 339	2 264	2 140	2 392	-59%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego		-16%	-25%	-28%	-12%	-3%	-5%	12%	
Zobowiązania ogółem	9 450	10 274	10 384	9 563	9 921	9 364	9 961	9 950	5%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego		9%	1%	-8%	4%	-6%	6%	0%	

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia a, d, Narodowy Fundusz Zdrowia 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011a, 2011b]. *Zobowiązania 2011 na III kwartał*

Dyskusja

Dane przedstawione powyżej wskazują na silne zróżnicowanie zarówno wielkości zobowiązań wymagalnych, jak i ogółem. Zróżnicowanie to dotyczy

zakładów w poszczególnych województwach (resortach) oraz skali zmian, jakie występowały w omawianych kwestiach w analizowanych latach.

Uwarunkowania zewnętrzne: niskie finansowanie, niekorzystna sytuacja demograficzna, działania konkurencji itp., są czynnikami, których znaczenia dla powstawania długów nie da się przecenić. W roku 2003 przychody ze sprzedaży produktów wynosiły w 94% całości przychodów szpitali (GUS, niedatowany), a szpitalnictwo finansowane jest w 98% ze środków publicznych (Komorowski, Hebda 2009, s. 6). Choć od opublikowania danych GUS minęło sporo czasu, to struktura finansowania szpitali nie uległa większym zmianom (Kautsch 2008b). Jednak szukanie przyczyn zadłużenia wyłącznie w uwarunkowaniach zewnętrznych stanowi wymówkę dla niewprowadzania zmian niezbędnych do poprawy sytuacji jednostki. Niektóre tłumaczenia dotyczące powstawania długów pokazują stopień naiwności autorów, czego przykładem może być wyjaśnienie Ministerstwa Zdrowia, wg którego przyczyną zadłużenia było „niezbilansowanie przychodów z kosztami” i „zintensyfikowanie postępowań egzekucyjnych w drodze zajęć wierzytelności” (Ministerstwo Zdrowia 2004, s. 17). Trudno się nie zgodzić z tą diagnozą, trudno też się nią zadowolić.

Wśród czynników zewnętrznych powodujących zadłużenie zakładów zazwyczaj nie wymienia się niezwykle istotnego. Jest nim mechanizm płatności za usługi medyczne. Przyjmowane kolejno przez publicznego płatnika mechanizmy (poza podstawową opieką zdrowotną) są jedną z odmian opłaty za usługę (*fee for service*), która może być różnie definiowana, ale sprowadza się do tego, że świadczeniodawcy opłaca się produkować jak najwięcej usług. Sam wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne nie rozwiąże więc problemu, bo powyższe mechanizmy motywacyjne będą działać dalej. Trzeba zmienić sposób kupowania świadczeń, a nie podnosić ceny, albo wartość kontraktów, bo stosowany mechanizm płatności powoduje często nieuzasadnione zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia szpitalne. Skłania to polityków do utrzymywania dużej liczby szpitali, które nie byłyby potrzebne, gdyby publiczny płatnik był skłonny do zmiany sposobu kupowania usług, a dużo większą rolę przypisałby szeroko pojętej opiece nie-szpitalnej.

Prócz uwarunkowań zewnętrznych, trudno jest przecenić znaczenie wewnętrznego mechanizmu zadłużania. Podobne zakłady osiągają bowiem bardzo różne wyniki finansowe (Kautsch, 2008a, 2008b), w wielu przypadkach można mówić o krańcowej wręcz niegospodarności. Część zakładów

osiąga słabe wyniki w związku z działaniem ww. czynników zewnętrznych, jest jednak wiele takich, które, np. nie dokonały restrukturyzacji zasobów. Do tego w zakładach tych – przez złą organizację pracy, albo by udowodnić, iż ich oddział/szpital ma duże obłożenie – czas pobytu pacjenta jest zbyt długi, co także wywołuje wrażenie dużego popytu na usługi takiej jednostki. Powyższe wypycha zakład w pętlę zadłużenia. Potwierdzają to doświadczenia autora z przywoływanych powyżej badań – niskiej jakości zarządzania w części zakładów towarzyszyły złe wyniki finansowe. Jednocześnie poprawie jakości zarządzania często towarzyszyła poprawa wyniku finansowego i zmniejszenie poziomu zadłużenia.

Do podobnych wniosków doszli eksperci Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową (IBnGR). W świetle prowadzonych przez nich badań zadłużenie zakładów jest wynikiem złego zarządzania i braku dyscypliny finansowej (Malinowska-Misiąg i in. 2008 s. 119), a nie wielkości czy specjalności szpitala.

Przywoływane badania autora oraz dane z raportów Ministerstwa Zdrowia wskazują na to, że niezwykle istotny wpływ na poziom zadłużenia ma polityka organu założycielskiego. Jego aktywność, wsparcie udzielane zakładowi postaci działań zmierzających do poprawy zarządzania i poprawy wyniku finansowego są w istocie czynnikami, które przyczyniają się do lepszych wyników zakładów.

Czynnikiem, wpływającym na zadłużenie są też umiejętności i osobowość osoby zarządzającej placówką. Placówki zarządzane przez liderów mających wizję, umiejących skupić wokół siebie zespół ludzi, nie bojących się wdrażać innowacyjnych rozwiązań uzyskały znacznie lepsze rezultaty – w odniesieniu do jakości zarządzania i efektywności funkcjonowania (Kautsch i in. 2001, s. 16).

Przytaczane wyniki analizy prowadzonej przez Sobczak i współpracowników wskazują, że najniższy odsetek zadłużonych zakładów występował w jednostkach wojewódzkich. Są to zakłady (zwykle) większe niż szpitale powiatowe, a mniejsze niż uniwersyteckie, co stoi w pewnej sprzeczności z wynikami uzyskanymi przez ekspertów IBnGR, którzy nie upatrywali w wielkości zakładu czynnika, który przyczyniałby się do zadłużenia placówki.

Powyższą sprzeczność można wytłumaczyć różnicą w metodologii prowadzonych badań oraz brakiem wiedzy na temat tego, które ze szpitali były zadłużone. Część jednostek wojewódzkich (np. o wąskiej specjalności) może być mniejsza, niż szpitale powiatowe posiadające tylko podstawowe⁵

⁵ tzn. oddział wewnętrzny, chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, dziecięcy

oddziały. Autor niniejszej publikacji stawia tezę, że wielkość może (choć nie musi) mieć wpływ na wyniki zakładu. Wynika to stąd, że odpowiednio duży zakład jest w stanie rozbudować strukturę organizacyjną i przydzielić powstałym komórkom zadania, co pozwala także na specjalizację działań administracyjnych. Jednocześnie zakłady największe – tj. szpitale uniwersyteckie, czy utworzone przez organy centralne (co pokazują przedstawione powyżej dane) – mają dużo gorsze wyniki. Autor przypisuje to panującej w takich jednostkach kulturze organizacyjnej, a także właśnie wielkości, która utrudnia sprawne zarządzanie, choć to ten pierwszy czynnik zdaje się mieć większe znaczenie.

Kolejną kwestią, do której należałoby się odnieść są przyczyny dużych spadków zadłużenia, tj., mechanizmów uzyskiwania istotnej poprawy wyników w relatywnie krótkim czasie. Wyjaśnieniem może być wspomniana zamiana zobowiązań wymagalnych na niewymagalne, co było możliwe po wejściu w życie przepisów ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684). Oferowała ona możliwość przejęcia przez państwo części zobowiązań zoz-ów po spełnieniu pewnych warunków (przede wszystkim opracowaniu planu naprawczego). Zakłady mogły też uzyskać dofinansowanie ze strony organu założycielskiego. Zasobność jednostki samorządowej oraz liczba zakładów, dla których jest ona organem założycielskim determinują skalę pomocy, jaka jest udzielana przez ww. JST. W pozycji uprzywilejowanej są te zakłady, których organem założycielskim jest samorząd województwa z uwagi na większe dochody oraz w związku z rolą, jaką odgrywa ten szczebel samorządu w dzieleniu środków finansowych z Unii Europejskiej. Samorząd ten może faworyzować własne zakłady kosztem innych. Głosy mówiące o takim postępowaniu były artykułowane choćby w trakcie VIII Forum Szpitali Klinicznych, jakie odbyło się 29-30.10.2009 roku w Poznaniu. Dyrektorzy ww. szpitali wskazywali na niską skuteczność swoich starań o środki unijne. Brak jest jednak badań dotyczących jakości wniosków składanych przez różne typy jednostek. Natomiast szpitale kliniczne mają dostęp do środków pozyskiwanych na badania naukowe ich macierzystych uczelni, co stawia je w uprzywilejowanej pozycji wobec innych.

Duża liczba jednostek podległych organom wojewódzkim sprawia, że konieczne staje się tworzenie w strukturach tych organów wydziałów, które zajmują się zbieraniem i analizą danych, a także współtworzeniem polityki zdrowotnej województwa. Te komórki nie są zwykle tworzone

przez powiaty lub za zadania związane z ochroną zdrowia odpowiadają komórki, które wykonują także inne funkcje. Nadzór właścicielski na poziomie powiatu bywa więc w rzeczywistości mocno ograniczony. W przypadku powiatów można mówić o braku stosownych kompetencji do jego sprawowania. Wspomniane powyżej wyższe wskaźniki zadłużenia szpitali powiatowych (w porównaniu z wojewódzkimi) mogą stanowić dowód na prawdziwość tej tezy.

Wnioski i rekomendacje

Jak wskazano w niniejszym artykule, zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulegało zmianie w ostatnich latach. Rosło do połowy roku 2005, w późniejszym okresie spadało. Spadek ten dotyczył przede wszystkim zobowiązań wymagalnych, które były zamieniane na niewymagalne. Od roku 2005 udało się zapanować nad rosnącymi uprzednio lawinowo długami szpitali. Jednak w ostatnich latach następuje wzrost zadłużenia zoz-ów części województw. Sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że wzrost ten dotyczył tak dużych województw jak mazowieckie i śląskie. Mając na uwadze obecną sytuację gospodarczą można oczekiwać, że zadłużenie to może narastać.

Zadłużenie zakładów poszczególnych województw (resortów) jest zróżnicowane, jego ocena zależy od przyjętej miary: spadek wartości nominalnej, procentowy, zadłużenie przypadające na populację / liczbę łóżek.

Wśród przyczyn zadłużenia można wskazać na czynniki zewnętrzne. Jednak nie sposób nie zauważyć, że ważną rolę odgrywają czynniki wewnętrzne, przede wszystkim – sposób zarządzania zakładem.

Rosnące zapotrzebowane na usługi zdrowotne (podsycane opisanym mechanizmem ich zakupu stosowanym przez publicznego płatnika), coraz nowsze i coraz droższe technologie medyczne oraz rosnące oczekiwania społeczeństwa dotyczące dostępu do usług i ich jakości z pewnością będą wywoływać presję na zakłady, która skutkować może zwiększeniem poziomu ich zadłużenia. Można bowiem zakładać, że coraz większa liczba osób będzie chciała skorzystać z opieki zdrowotnej, co oznacza konieczność opracowania mechanizmów poprawiających efektywność działania nie powodujących narastania zadłużenia. Do osiągnięcia tak zdefiniowanego celu niezbędne jest wprowadzenie co najmniej kilku działań:

- Na poziomie centralnym niezbędna jest zmiana sposobu zakupu usług medycznych i zwiększenie roli opieki poza-szpitalnej jak to ma miejsce

np. w Holandii, czy Wielkiej Brytanii. Stosowane mechanizmy nie mogą stymulować zwiększonego popytu na usługi.

- Na poziomie organów założycielskich – co dotyczy szczególnie aglomeracji, w których funkcjonuje kilka-kilkanaście jednostek szpitalnych – konieczna jest restrukturyzacja posiadanych zasobów, co zmniejszy nakłady na niepotrzebną infrastrukturę.
- Same zakłady opieki zdrowotnej powinny poprawić sposób zarządzania.

Osiągnięcie powyższego (szczególnie dwóch pierwszych postulatów) wymaga jednak zgody politycznej i zapewne nie nastąpi szybko. Można mieć nadzieję, że rosnąca konkurencja oraz przekształcanie szpitali w spółki wymusi zwiększenie odpowiedzialności za szpitale, a tym samym poprawi sposób zarządzania szpitalami. Jednocześnie presja społeczna oraz ograniczone finanse NFZ mogą przyczyniać się do tego, że proces ten będzie spowalniany / istotnie ograniczony.

Bibliografia

CSIOZ, *Organizacja i potencjał opieki zdrowotnej*, <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>, pobrano 2012-01-12.

GUS, *Wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2003 r.*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1172_PLK_WAI.htm, pobrano 2010-04-03.

Kautsch M., (2008a), *Projekt kompleksowego badania funkcjonowania wybranych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Województwie Śląskim*, opracowanie dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.

Kautsch M., (2008b), *Analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zakładach opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego*, opracowanie dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Kautsch M., Klich J., Styło W., (2001), *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie. Raport z badań*, Ministerstwo Zdrowia, Biblioteka Zdrowia Publicznego Nr 7.

Komorowski S., Hebda M., (2008), *W oczekiwaniu na inwestora – rynek prywatnych usług medycznych w pierwszej fazie rozwoju*, Forum Biznesu Medycznego MedMarket 2008, Warszawa.

Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., (2008), *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia, (2004), *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia.*, Warszawa, <http://www.>

mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zadluzenie_spoz_25112004.pdf, pobrano 2006-05-03.

Ministerstwo Zdrowia (a), *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2011*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/1_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (b), *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (mln zł)*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/3_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (c), *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (mln zł)*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/4_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (d), *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2011*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/2_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (e), *Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/tab_zobow_rb_23122011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2006a), *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2006b), *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2007), *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2008), *Raport NFZ za 2007 rok*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2009), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2008 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2010), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2009 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2011a), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2010 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2011b), *Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r. zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 grudnia 2011 r.*, <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=4741>, dostęp 2012-01-12.

Sobczak, D. Czechowska, M. Dmowski, *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, www.csioz.gov.pl/file.php?s=c-D8xNA== (niedatowany), pobrano 2010-04-03.

Wiesław Janik
Politechnika Lubelska

Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Streszczenie: Analiza sytuacji ekonomicznej i finansowej wybranych szpitali nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że szpitale prywatne pracują zdecydowanie bardziej efektywnie niż szpitale publiczne. Duży wpływ na tę sytuację wywierają czynniki makroekonomiczne, takie jak: uwarunkowania prawne (np. zakaz wykonywania usług zdrowotnych na zasadach komercyjnych przez szpitale publiczne), sytuacja monopsonu (instytucja jednego płatnika, jakim jest NFZ), ograniczone możliwości konkurowania między szpitalami publicznymi i prywatnymi.

Financial Standing of Selected Hospitals in Time of the Healthcare System Crisis in Poland.

Abstract: A study of financial standing and economic performance of selected hospitals does not provide sufficient evidence to claim that private hospitals perform better than public. A number of macroeconomic factors, including legal regulations banning public hospitals from offering fee-based healthcare, a monopsony with only one payer for health services offered by many institutions, i.e. the state-run National Health Fund, and limited opportunities for the competition between public and private hospitals are the major contributors to this situation.

Wprowadzenie

Od wielu lat większość publicznych zakładów opieki zdrowotnej znajduje się w kryzysie finansowym. Równocześnie rozwija się sektor usług zdrowotnych świadczonych przez niepubliczne podmioty funkcjonujące na zasadach spółek kapitałowych. W grudniu 2011 w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej zarejestrowanych było 5850 publicznych placówek ochrony zdrowia, w tym 711 szpitali wielospecjalizacyjnych oraz 22438 niepublicznych placówek zdrowia, w tym 312 wielospecjalizacyjnych szpi-

tali prywatnych [Por: *Rejestr zakładów opieki zdrowotnej*, (www.rejestrzoz.gov.pl./RZOZ)].

Z roku na rok obserwuje się wzrost liczby osób korzystających z usług sektora prywatnego. Z badań wynika, że ok. 65% Polaków korzysta w różnym zakresie z prywatnej służby zdrowia [Czapiński, Panek 2009, s. 114]. O ile w 2000 r. z tych usług korzystało 38% gospodarstw domowych, to w roku 2009 było to już 49%. Wraz ze wzrostem liczby pacjentów, rosną wydatki na usługi tego sektora. Np. na usługi ambulatoryjne w placówkach prywatnych Polacy wydali w r. 2009 o 39% więcej pieniędzy niż w r. 2007 [Czapiński, Panek 2009, s. 114]. Motywacje takich zachowań są różne. Do najczęściej wymienianych powodów zalicza się: długie oczekiwanie na usługę w publicznych ZOZ, jakość obsługi, rzadziej jakość usługi (rzetelność świadczenia).

Zmiany w sektorze ochrony zdrowia zmierzają w kierunku dalszej prywatyzacji placówek publicznych (w szczególności szpitali). Wielu krytyków tego procesu wskazuje na niebezpieczeństwo obniżenia jakości usług zdrowotnych, w pogoni za obniżaniem kosztów (np. poprzez wybór tańszych, lecz mniej skutecznych terapii), wzrostu cen usług medycznych, co ograniczy dostęp do nich dla osób biedniejszych itp. Często podkreśla się, że usługa medyczna nie jest typowym produktem, nieporównywalnym z tymi, które dostarczane są konsumentom za zasadach rynkowych. Dlatego też powinna być dostarczana przez sektor publiczny. Natomiast zwolennicy prywatyzacji wskazują na wyższą skuteczność ekonomiczną podmiotów prywatnych.

Celem artykułu jest ocena efektywności funkcjonowania placówek medycznych na przykładzie wybranych szpitali (2 publicznych i 2 prywatnych). Nie jest to ocena o charakterze kompleksowym. Pozwala jednak na wskazanie pewnych różnic i podobieństw w strukturze zasobów, kosztów i efektywności ekonomicznej publicznych i prywatnych jednostek organizacyjnych realizujących usługi medyczne.

Zasoby materialne i źródła ich finansowania w badanych placówkach medycznych

Szpitala publiczne są podmiotami dysponującymi majątkiem o wartości kilkudziesięciu lub kilkuset mln zł. Wśród podmiotów prywatnych dominują mniejsze jednostki organizacyjne, dysponujące najczęściej mniejszymi zasobami majątkowymi. Zasoby te, aczkolwiek konieczne do realizacji usług

medycznych w szpitalnictwie, są w pierwszej kolejności źródłem kosztów, a dopiero w dalszej mogą być źródłem korzyści, zarówno w sensie rzeczowym (zdolność do realizowania określonych świadczeń zdrowotnych), jak i finansowym (zdolność do generowania przychodów).

Koszty związane z posiadaniem zasobów majątkowych ukryte są w różnych pozycjach kosztów operacyjnych i finansowych. Są nimi, oprócz kosztów amortyzacji mających specyficzny charakter (koszty nie związane z bieżącymi wydatkami), koszty ubezpieczenia majątkowego, koszty konserwacji i napraw, podatek od nieruchomości, koszty odsetek od kredytów inwestycyjnych itp. Ich poziom nie zależy od ilości zrealizowanych usług, lecz od wartości majątku, powierzchni użytkowej czy wysokości zaciągniętych kredytów. Dlatego jednym z zadań zarządzania kosztami szpitala powinna być zasada dostosowania wielkości i struktury majątku do możliwości sprzedaży usług medycznych, czyli realnego zapotrzebowania na te usługi.

Koszty posiadanych zasobów majątkowych są jednym z elementów kosztów stałych. Przy niskim wykorzystaniu potencjału usługowego szpitala koszty te w znaczącym stopniu będą wpływały na całkowity koszt jednostkowy usług i utrudniały osiągnięcie równowagi ekonomicznej i finansowej szpitala. Przez równowagę ekonomiczną rozumie się sytuację, w której przychody ze sprzedaży w pełni pokrywają ponoszone przez szpital koszty (szpital realizuje sprzedaż na poziomie równym progowi rentowności). Taka równowaga daje szansę na utrzymanie płynności finansowej (przy założeniu terminowego spływu należności) zakładu oraz zabezpiecza środki na bieżące odtwarzanie zużywającego się majątku. Równowaga finansowa z kolei oznacza, że przychody ze sprzedaży są niższe od kosztów całkowitych o kwotę nie mniejszą od amortyzacji. Taka sytuacja, przy założeniu terminowego spływu należności, daje szansę na zapewnienie bieżącej płynności finansowej, jednakże nie zabezpiecza potrzeb w zakresie bieżącego odtwarzania rzeczowych aktywów trwałych. Utrzymywanie takiego stanu przez dłuższy okres grozi dekapitalizacją zasobów rzeczowego majątku trwałego, która w dłuższej perspektywie jest równoznaczna ze spadkiem potencjału usługowego jednostki organizacyjnej.

Wartość, strukturę oraz efektywność wykorzystania posiadanego majątku w badanych szpitalach podano w tabeli 1. Szpitale publiczne zostały oznaczone symbolami P-1 i P-2, zaś niepubliczne występują pod symbolami N-1 i N-2. Wartość i struktura majątku dotyczą roku 2010.

Tab. 1 Wartość w mln zł i struktura majątku (w %) badanych szpitali w roku 2010

Lp.	Wyszczególnienie	P – 1	P – 2	N – 1	N – 2
1.	Wartość aktywów	106,10	73,24	22,56	4,40
2.	Wartość wyposażenia technicznego*	20,87	6,88	7,31	1,62
3.	Udział aktywów trwałych	63,18	77,67	64,58	59,53
4.	Udział budynków i gruntów	31,26	67,35	28,00	17,48
5.	Udział budynków i budowli w aktywach trwałych	49,48	86,71	43,57	29,36
6.	Udział wyposażenia w aktywach trwałych	31,14	12,10	50,17	61,83
7.	Udział zapasów w majątku obrotowym	6,63	4,71	7,95	2,95
8.	Udział należności w majątku obrotowym	15,71	75,28	83,32	25,73

* Obejmuje pozycje: urządzenia techniczne i maszyny, środki transportu i inne środki trwałe.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych szpitali.

Z danych zawartych w tab. 1 wynika, że w badanych szpitalach proporcje między majątkiem trwałym i obrotowym nie są zbyt zróżnicowane. Dominuje majątek trwały, którego udział w aktywach ogółem wynosi sześćdziesiąt i więcej procent. Jest to zrozumiałe, bowiem o potencjale usługowym tych zakładów w dużej mierze, oprócz kadry medycznej, przesądza liczba łóżek oraz wyposażenie w aparaturę medyczną. W warunkach współczesnej medycyny ten ostatni czynnik staje się szczególnie istotny (ilość i nowoczesność posiadanej aparatury). Dlatego warto również zwrócić uwagę na wartość i udział wyposażenia technicznego w wartości majątku badanych podmiotów.

W szpitalach publicznych dominują pasywne aktywa trwałe, czyli grunty oraz budynki i obiekty inżynieryjne. Udział tej grupy w aktywach trwałych tych podmiotów stanowił znacznie wyższy odsetek w porównaniu z podmiotami niepublicznymi. W tych ostatnich przeważa udział wartości wyposażenia technicznego. Np. w P – 2 wyposażenie techniczne stanowiło zaledwie 12% wartości aktywów trwałych, podczas, gdy w N – 2 było to ponad 60%. W P – 2, którego wartość aktywów była ponad trzykrotnie wyższa od N – 1, wartość wyposażenia technicznego N – 1 przewyższała wartość wyposażenia w P – 2. Z kolei wartość wyposażenia technicznego w N – 1, którego wartość majątku była prawie siedemnastokrotnie niższa niż w P – 2, wartość wyposażenia technicznego była zaledwie czterokrotnie niższa niż w P – 2.

Zaobserwowane różnice mogą częściowo wynikać z charakteru prowadzonej działalności leczniczej (specjalizacji). Mogą również być rezultatem

świadomej polityki zarządu, polegającej na korzystaniu w dużej mierze z aparatury leasingowanej lub też np. zlecaniu wielu badań, analiz na zewnątrz. Tym niemniej ta pobieżna, wyrwykowa (ograniczona bowiem tylko do czterech podmiotów) analiza wskazywać może na jedną z możliwych przyczyn niskiej efektywności finansowej szpitali publicznych i sugerować może konieczność przeprowadzenia w wielu publicznych szpitalach restrukturyzacji technicznej. Oczywiście w każdym konkretnym przypadku taka decyzja musi być oparta na szczegółowej ocenie stanu technicznego poszczególnych obiektów, ich niezbędności dla potrzeb procesu leczniczego, stopnia spełnienia obowiązujących standardów.

Znaczące różnice występują również w strukturze majątku obrotowego. Nie można jednak stwierdzić, że różnice te wynikają ze statusu szpitala. Analizując informacje zawarte w tab. 1, zauważa się podobieństwo struktury w P – 2 i N – 1 oraz P – 1 i N – 2. W każdej parze jeden podmiot jest jednostką publiczną, a drugi niepubliczną. Przyczyn zaobserwowanych różnic może być wiele, jednak w dużej mierze mogą one wynikać z różnic w metodach zarządzania tym majątkiem. Różnice te znajdują odzwierciedlenie w cyklach rotacyjnych (por: tab. 2).

Tab. 2 Cykle rotacyjne i wskaźniki płynności finansowej w r. 2010

Lp.	Wyszczególnienie	P – 1	P – 2	N – 1	N – 2
1.	Cykl rotacyjny zapasów w dniach	36,90	24,55	46,41	16,54
2.	Cykl rotacyjny należności w dniach	39,89	50,71	28,65	14,65
3.	Cykl rotacyjny zobowiązań bieżących w dniach	41,58	84,32	38,33	22,05
4.	Cykl rotacyjny zobowiązań wobec dostawców	63,29	59,32	26,50	29,17
5.	Cykl operacyjny w dniach	76,79	75,26	75,06	31,20
6.	Cykl konwersji gotówki w dniach	13,0	15,94	48,56	2,02
7.	Wskaźnik płynności bieżącej	1,89	0,86	0,87	2,33
8.	Wskaźnik płynności szybki	1,55	0,81	0,81	2,26

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych szpitali.

Cykl rotacyjny należności w szpitalach publicznych jest krótszy od cyklu rotacyjnego zobowiązań krótkoterminowych. Natomiast w szpitalach niepublicznych sytuacja jest odwrotna, podobna do tej, która ma miejsce w przedsiębiorstwach (zarówno produkcyjnych jak i usługowych). Szpitale publiczne sprzedają swoje usługi NFZ, który realizuje przedstawiane mu faktury niejednokrotnie z pewnym opóźnieniem, co niewątpliwie ma niekorzystny wpływ na sytuację płatniczą tych zakładów. Szpitale prywatne

dotychczas realizowały znacznie mniejszy zakres usług na rzecz NFZ, natomiast mają znaczący udział sprzedaży gotówkowej. Taka sytuacja sprzyja skróceniu okresu oczekiwania na spływ gotówki. Np. w N – 2 średni okres oczekiwania na zapłatę za zrealizowane usługi wynosił 2 tygodnie, w N – 1 był średnio o dwa tygodnie dłuższy. W porównaniu ze szpitalami publicznymi był to okres krótszy od trzech do pięciu tygodni. Badane szpitale finansowały się równocześnie innymi zobowiązaniami krótkoterminowymi. W szpitalach publicznych długie są cykle realizacji zobowiązań wobec dostawców (ponad dwukrotnie dłuższe niż w szpitalach prywatnych). O ile np. średnie cykle realizacji zobowiązań bieżących w P – 1 i N – 1 były do siebie zbliżone, to już cykl realizacji zobowiązań wobec dostawców w P – 1 był ponad dwukrotnie wyższy w porównaniu z N – 1. Można zaryzykować stwierdzenie, że szpitale publiczne finansują się w dużym stopniu zobowiązaniami handlowymi¹.

Wspomaganie się obcymi źródłami finansowania nie jest niczym nagannym. Wiele podmiotów gospodarczych traktuje te źródła jako jeden z czynników poprawy rentowności kapitałów własnych. Jednakże przy korzystaniu z obcych kapitałów powinny być spełnione dwa warunki: koszty tych kapitałów nie powinny być niższe od korzyści, jakie można osiągnąć dzięki ich zastosowaniu oraz podmiot powinien zachować zdolność do terminowej ich obsługi. O tej zdolności informują wskaźniki płynności finansowej. Przyjmując wzorcowe wartości dla tych wskaźników na poziomie 1,5–2 (wskaźnik płynności bieżący) i ok. 1 (wskaźnik płynności szybki) [Janik, Paździor 2010, s. 109–115] łatwo można zauważyć, że dwa z badanych szpitali zachowują płynność, a nawet można mówić o pewnej nadpłynności (szczególnie w przypadku N – 2), natomiast dwa pozostałe mają napiętą sytuację płatniczą. Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że mają przynajmniej okresowe kłopoty z terminowym regulowaniem zobowiązań. Warto zauważyć, że w obu grupach jest jeden szpital publiczny i jeden prywatny. Na tej podstawie nie można więc jednoznacznie stwierdzić, że sytuacja płatnicza szpitali związana jest z formą ich własności.

Struktura źródeł finansowania szpitali

Na sytuację finansową podmiotów gospodarczych w dużej mierze wpływa struktura źródeł finansowania majątku. Do oceny tej struktury wykorzystano wskaźniki zadłużenia, wskaźniki złotej reguły finansowej oraz pokrycia odsetek. Wartości tych wskaźników podano w tabeli 3.

¹ Problem ten będzie jeszcze poruszony w dalszej części artykułu.

Tab. 3 Poziom i struktura zadłużenia badanych szpitali w 2010 r.

Lp.	Wyszczególnienie	P – 1	P – 2	N – 1	N – 2
1.	Wskaźnik zadłużenia ogółem (%)	31,28	28,38	60,47	21,68
2.	Udział rezerw na zobowiązania (%)	0	23,31	1,91	0
3.	Udział zadłużenia długoterminowego (%)	0,14	2,46	6,04	0,50
4.	Wskaźnik sfinansowania aktywów trwałych (%)	118,95	93,59	70,57	132,40
5.	Kapitał pracujący (tys. zł)	12705,4	-46815,7	-4288,6	849234
6.	Wskaźnik pokrycia odsetek (%)	-118,51	-2,91	-1,42	176,14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych szpitali.

Z zaprezentowanych w tabeli 3 wskaźników wynika, że najbardziej zadłużonym szpitalem jest prywatna jednostka N – 1. Kapitały obce przewyższają 60% kapitałów ogółem. Zdecydowana większość zadłużenia to kapitał krótkoterminowy. Aktywa trwale sfinansowane są zaledwie w 70% kapitałami stałymi. Rezultatem jest ujemny kapitał pracujący. Osiągnięty w 2010 r. wynik finansowy na sprzedaży był ujemny i wyniósł –958 tys. zł, zaś odsetki stanowiły 332 tys. i wpłynęły na wzrost straty. Ujemna wartość wskaźnika pokrycia odsetek jest rezultatem straty na sprzedaży i informuje o tym, że w badanej jednostce bezwzględna wartość straty była prawie dwukrotnie wyższa od kwoty należnych odsetek. Sytuacja finansowa szpitala jest więc bardzo trudna, o czym można było sądzić już w oparciu o wskaźniki płynności finansowej, których wartość była niższa od 1.

Podobną sytuację obserwuje się w szpitalu publicznym P – 2, którego poziom zadłużenia jest relatywnie niższy. Równocześnie wyższy jest wskaźnik sfinansowania majątku trwałego kapitałami stałymi. Jednakże ze względu na duże różnice w wielkości majątku (wartość aktywów P – 2 w r. 2010 była ponad trzykrotnie wyższa od wartości aktywów N – 1) ujemna wartość kapitału pracującego w tym szpitalu była jedenastokrotnie wyższa niż w N – 1. Szpital ten osiągnął stratę na sprzedaży podobną do N – 1, tj. w wysokości 966 tys. zł. Natomiast odsetki od kapitałów obcych były dwukrotnie wyższe i wyniosły 681 tys. zł. Ta sytuacja była przyczyną kłopotów z obsługą zadłużenia, o czym informują również wskaźniki płynności finansowej.

Nieco inaczej kształtowała się sytuacja w szpitalu P – 1. Wskaźnik zadłużenia był równie niski jak w P – 2. Aktywa trwale były sfinansowane z pewną nadwyżką kapitałami stałymi. W związku z tym kapitał pracujący był dodatni. Ryzyko finansowe w tym szpitalu wydawało się niższe niż w P

– 2. Takie przypuszczenie okazało się jednak nieprawdziwe, gdyż szpital wygenerował bardzo wysoką stratę na sprzedaży wynoszącą ok. 14,4 mln zł (wielokrotnie wyższą, uwzględniając wartość aktywów, niż P – 2). Na podkreślenie zasługuje natomiast fakt, że równocześnie wskaźniki płynności finansowej kształtowały się na wysokim poziomie, przyjmując wartości zawierające się w przedziale uznawanym za racjonalny. Gdyby jednak nadwyżka kosztów nad przychodami w tym szpitalu utrzymywała się przez dłuższy okres, wartość tych wskaźników uległaby niewątpliwie szybko obniżeniu.

Szpitałem, który charakteryzował się niskim zadłużeniem, wysokim wskaźnikiem sfinansowania majątku kapitałami stałymi oraz wysokim wskaźnikiem pokrycia odsetek, był N – 1. Dodatnia wartość kapitału pracującego była wielokrotnie wyższa niż w P – 1, który jest największy wśród analizowanych podmiotów. Natomiast N – 1 wśród badanych jednostek jest podmiotem najmniejszym. Wygospodarował on w 2010 r. 486,5 mln zysku ze sprzedaży, przy kwocie odsetek w wysokości niespełna 3 tys. zł (2,8 tys. zł).

Chcąc dokładniej określić przyczyny niesprawności finansowej badanych szpitali, analizie poddano również produktywność aktywów mierzoną przychodami ze sprzedaży oraz rentowność sprzedaży mierzoną zyskiem na sprzedaży. Wartości tych wskaźników podano w tabeli 4.

Tab. 4 Produktywność aktywów badanych szpitali w 2010 r.

Lp.	Wyszczególnienie	P – 1	P – 2	N – 1	N – 2
1.	Produktywność aktywów ogółem w zł.	0,4134	0,2763	0,8070	0,6984
2.	Produktywność aktywów trwałych w zł.	0,6628	0,3370	1,1999	1,2650

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych szpitali.

Na uwagę zasługuje fakt, że produktywność aktywów w szpitalach prywatnych była znacząco wyższa niż w szpitalach publicznych. Różnice te są jeszcze wyższe, jeżeli porównamy produktywność aktywów trwałych. Ta ostatnia w N – 2 była prawie dwukrotnie wyższa niż w P – 1 i prawie trzykrotnie wyższa niż w P – 2. Nieco mniejsze różnice występują w przypadku porównania produktywności badanych jednostek publicznych z N – 1. Można zatem postawić hipotezę, że w placówkach prywatnych majątek jest intensywniej wykorzystywany niż w organizacjach publicznych. Wydaje się bardziej dostosowany do możliwości sprzedaży (realnego zapotrzebowa-

nia na usługi) niż w szpitalach publicznych. Taka sytuacja jest zrozumiała, jeżeli zauważymy, że badane szpitale publiczne mają kilkudziesięcioletnią historię, powstawały w innych warunkach ekonomicznych i społecznych. W nowej rzeczywistości nie zostały jeszcze poddane poważnym procesom restrukturyzacyjnym dostosowujących je do nowych warunków działania. Jest to niewątpliwie jedna z przyczyn niskiej efektywności ekonomicznej tych szpitali.

Struktura kosztów i rentowność szpitali

Istotny wpływ na poziom efektywności finansowej szpitali, podobnie jak i innych podmiotów gospodarczych, wywierają koszty ich funkcjonowania, wśród których największe znaczenie mają koszty wytworzenia usług zdrowotnych. W tabeli 5 podano strukturę kosztów badanych szpitali oraz rentowność sprzedaży i kapitałów.

Tab. 5 Struktura kosztów i rentowność sprzedaży oraz kapitałów badanych szpitali w 2010 r.

Lp.	Wyszczególnienie	P – 1	P – 2	N – 1	N – 2
1.	Amortyzacja (%)	3,52	5,83	4,66	4,97
2.	Materiały i energia (%)	34,65	17,52	7,60	12,00
3.	Usługi obce (%)	28,51	17,64	55,74	51,01
4.	Podatki i opłaty (%)	0,50	0,98	0,45	0,01
5.	Wynagrodzenia brutto (%)	27,24	48,14	26,00	25,51
6.	Świadczenia na rzecz pracowników (%)	5,28	9,31	4,80	4,58
7.	Pozostałe koszty (%)	0,29	1,20	1,35	1,84
8.	Rentowność sprzedaży (%)	-8,42	-1,22	-1,26	3,71
9.	Rentowność aktywów (%)	-0,29	0,41	-1,22	2,59
10.	Rentowność kapitałów własnych (%)	-0,42	0,86	-3,19	3,28
11.	Efekt dźwigni finansowej (%)	-0,13	0,45	-1,97	0,69

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych szpitali.

Badając strukturę kosztów, zauważa się pewne różnice między szpitalami publicznymi i niepublicznymi. Dotyczy to w szczególności dwóch pozycji: materiałów i energii oraz usług obcych. Wynikają one nie tylko ze struktury realizowanych usług, lecz również z przyjętych założeń w zakresie organizacji świadczeń medycznych. Szpitale publiczne większość usług związanych z diagnostyką realizują we własnych zakresie, w oparciu o własne laboratoria i pracownię. Szpitale prywatne w szerokim zakresie korzystają natomiast z usług podmiotów zewnętrznych. Różnice w udziale

kosztów materiałów i energii są znacznie mniejsze i mogą być spowodowane jedynie różnicami w strukturze realizowanych usług zdrowotnych.

Na uwagę zasługuje natomiast udział kosztów wynagrodzeń w kosztach ogółem. Usługi zdrowotne, podobnie jak większość usług, charakteryzują się wysoką pracochłonnością. Rezultatem tego jest wysoki udział kosztów pracy w kosztach ogółem. W trzech z badanych szpitali (jednym publicznym i dwóch prywatnych) udział ten oscyluje ok. 30% (suma udziałów kosztów wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracowników). Natomiast w czwartym z badanych szpitali, który jest wojewódzkim szpitalem specjalistycznym (placówką publiczną), udział ten wynosi blisko 60% (57,47%). Czy można to wytłumaczyć tylko strukturą realizowanych usług? P – 1 jest również szpitalem wojewódzkim. Być może przyczyn zaobserwowanych różnic należy upatrywać w organizacji szpitala, niedostosowaniu poziomu i struktury zatrudnienia do rzeczywistych potrzeb wynikających z zakresu i struktury usług, poziomem średnich wynagrodzeń i większym zakresem korzystania z usług zewnętrznych. W P – 1 udział kosztów usług obcych w kosztach operacyjnych jest wyższy w porównaniu z P – 2 o ponad 10 punktów procentowych.

Analizując rentowność sprzedaży w badanych szpitalach, zauważa się duże zróżnicowanie jej poziomu, przy czym nie ma wyraźnej różnicy między jednostkami publicznymi i prywatnymi. Najniższą rentownością charakteryzował się szpital publiczny P – 1, największy w badanej grupie. Poziom deficytowości sprzedaży w tym szpitalu był prawie siedmiokrotnie wyższy niż w P – 2 oraz N – 1. Mimo podobnej deficytowości sprzedaży (w r. 2010) w P – 2 i N – 1, to w N – 1 odnotowano straty na sprzedaży dopiero w latach 2009 i 2010, podczas, gdy oba szpitale publiczne miały stratę na sprzedaży w całym badanym okresie.

Analizując sprawozdania finansowe N – 1 w dłuższym okresie, zauważa się, że strata na sprzedaży pojawiła się po raz pierwszy w 2009 roku. Badając lata 2006–2010, w badanej jednostce organizacyjnej obserwuje się wyższą dynamikę kosztów niż przychodów. Najbardziej rosły koszty usług obcych oraz podatki i opłaty. Tempo wzrostu tych pozycji kosztowych były wyższe od tempa wzrostu kosztów operacyjnych. W roku 2009 znacząco (o 40%) wzrosły koszty amortyzacji. Wzrost ten był rezultatem inwestycji w majątek trwały, który w roku 2008 wzrósł o ponad 36%. Można przypuszczać, że szpital w poprzednich latach dość intensywnie inwestował, co nie przełożyło się bezpośrednio na odpowiedni przyrost przychodów ze

sprzedaży. Przychody te bowiem w roku 2010 były o ponad 16% niższe niż w roku poprzednim. Spowodowało to spadek produktywności aktywów o ponad 12%. W roku 2008 zadłużenie spółki wzrosło o 74%. Dotyczyło ono zobowiązań długoterminowych, które w r. 2008 były wyższe od tych z 2007 r. 4,8 razy. Rezultatem zrealizowanej strategii rozwoju szpitala i sposobu jej sfinansowania było pojawienie się ujemnego efektu dźwigni finansowej, który w roku 2009 wyniósł 1,91%, zaś w r. 2010 1,97%. Te dane mogą wskazywać na przeinwestowanie. Takie zjawisko występuje zazwyczaj wtedy, gdy program rozwoju opiera się na zbyt optymistycznych założeniach odnośnie sprzedaży oraz cen kapitałów obcych.

Wyjaśnienia wymaga przypadek P – 2. Przy ujemnym wyniku na sprzedaży szpital ten w 2010 r. uzyskał dodatni wynik finansowy netto. Był on rezultatem wysokiej nadwyżki pozostałych przychodów operacyjnych nad pozostałymi kosztami operacyjnymi. Sytuacja ta była spowodowana z jednej strony dotacją i rozwiązaniem części wcześniej utworzonych rezerw, z drugiej zaś przychodem ze sprzedaży zbędnej nieruchomości, o czym świadczą wysokie przychody finansowe. Żadne z wymienionych źródeł nie ma charakteru systematycznego zasilenia finansowego. Taka sytuacja ma charakter przejściowy, wobec czego trudno byłoby uznać ten wynik za trwałą poprawę sytuacji finansowej szpitala.

Zastrzegając się, że analiza ma charakter fragmentaryczny, można jednak sformułować kilka wniosków i uwag, które wymagać będą dalszej weryfikacji w kolejnych badaniach.

1. Zasoby majątkowe szpitali publicznych ukształtowane zostały, w większości przypadków, w okresie gospodarki scentralizowanej. Kryteria inwestowania miały wówczas charakter polityczny, a nie ekonomiczny. Nie uwzględniały również w dostatecznym stopniu potrzeb społecznych. W przypadku szpitali ich wielkość i lokalizacja były dodatkowo zdeterminowane obowiązującą wówczas doktryną wojskową. Stąd też do tej pory występuje nadmiar łóżek w województwach zachodnich. Wiele szpitali posiada nieruchomości, które nie zostały jeszcze do tej pory właściwie zagospodarowane [Stępniewski 2008, s. 45]. Szpitale prywatne mają znacznie krótszą historię. Były tworzone i budowane z uwzględnieniem obowiązujących standardów. Charakteryzują się zazwyczaj węższą specjalizacją i w większym również zakresie bazują na współpracy z podmiotami zewnętrznymi (leasing i outsourcing).
2. Nie bez znaczenia jest również zmiana standardów leczenia polegająca na dążeniu do zwiększenia usług leczenia jednodniowego, kosztem

świadczeń związanych z kilkudniowym pobytem w szpitalu. Świadczenia takie są znacznie tańsze. Wpływają na wzrost rotacji pacjentów i zmniejszają zapotrzebowanie na liczbę łóżek szpitalnych i tym samym ograniczają zapotrzebowanie na powierzchnię użytkową szpitali, co w dalszej konsekwencji obniża zapotrzebowanie na inwestycje kubaturowe. Z tego rozwiązania częściej dotychczas korzystają szpitale prywatne niż publiczne.

3. Szpitale prywatne charakteryzują się wyższą intensywnością wykorzystania posiadanych aktywów, o czym świadczą znaczące różnice w produktywności majątku. Realizują one na ogół usługi lecznicze o krótszym okresie hospitalizacji pacjentów. Intensywność ta nie zawsze ma jednoznaczne przełożenie na wyższą efektywność. Ta ostatnia w dużej mierze zależy od stopnia dostosowania strategii rozwoju zoz do możliwości sprzedaży. Wprawdzie potencjalne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne wydaje się być nieograniczone, to w praktyce niemalże wpływ wywierają na nie możliwości finansowe płatników. Tymczasem w wielu publicznych zoz obserwuje się wiele oporów przed zmianami lub też wprowadza takie zmiany, które nie naruszają interesów grupowych, lecz równocześnie nie dają szans na poprawę efektywności, a niekiedy przyczyniają się do jej pogorszenia [Kachniarz 2008, s. 105–109].
4. Przeprowadzona, fragmentaryczna analiza nie dowodzi jednoznacznie wyższej efektywności szpitali prywatnych. Zarówno wyniki omawianej analizy, jak i szereg innych badań dowodzą, że wiele szpitali publicznych nieźle radzi sobie z problemami samofinansowania. Istnieją również prywatne podmioty, których wyniki finansowe zapewne nie zadowalają ich właścicieli. Zatem, poprawy efektywności finansowej zoz należałoby upatrywać nie tylko w procesie prywatyzacji, lecz również w zmianach zasad funkcjonowania publicznych jednostek organizacyjnych.

Makroekonomiczne uwarunkowania efektywności zoz

Problem efektywności finansowej zoz nie jest tylko problemem wewnętrznym poszczególnych podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Jest ściśle powiązany z zasadami ich finansowania w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Jest problemem, którego rozwiązanie nie wydaje się być możliwe tylko poprzez komercjalizację i prywatyzację publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wymagane są decyzje polityczne dotyczące zasad funkcjonowania szeroko rozumianej służby zdrowia. Tymczasem wprowadza się przepisy, które często zamiast ułatwiać funkcjonowanie placó-

wiek medycznych i sprzyjać poprawie ich efektywności, wprowadzają dodatkowe utrudnienia. Przykładem takim jest obowiązkowe ubezpieczenie od zdarzeń medycznych czy też zmiana ustawy refundacyjnej. W swoich założeniach przepisy te miały poprawić sytuację finansową NFZ (ustawa refundacyjna) oraz ograniczyć skutki finansowe szpitali z tytułu odpowiedzialności za nieodpowiednią jakość zrealizowanych usług. Obowiązkowy charakter ubezpieczania spowodował wielokrotny wzrost stawki ubezpieczeniowej i tym samym przyczyni się do znacznego pogorszenia sytuacji płatniczej i ekonomicznej wielu szpitali.

W miarę sprawne funkcjonowanie jakiegokolwiek rynku wymaga między innymi równości podmiotów na nim funkcjonujących. Tymczasem niektóre ograniczenia prawne nałożone na określone grupy podmiotów sprawiają, że niektóre z nich stają się mniej lub bardziej uprzywilejowane. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mają prawa do realizacji usług zdrowotnych na zasadach komercyjnych. MZiOS uważa, że takie prawo wpłynęłoby negatywnie na gotowość tych zakładów do realizacji usług finansowanych przez NFZ i tym samym ograniczona zostałaby dostępność do tych usług dla biedniejszych pacjentów. Argument ten tylko z pozoru wydawać się może słusznym. Obecnie w wielu szpitalach publicznych występuje niewykorzystany potencjał diagnostyczny i leczniczy, bowiem kontrakty z NFZ pozwalają na obciążenie niekiedy tylko ok. połowy potencjału. Wpływa to na wzrost kosztów funkcjonowania szpitali publicznych. Koszty utrzymania tego potencjału (w szczególności koszty pracy, amortyzacji, napraw, remontów i ubezpieczeń) nie zależą od wykorzystania posiadanej zdolności usługowej. Mają charakter kosztów stałych. Powodują wzrost kosztów jednostkowych świadczonych usług.

Nadmiar potencjału wydaje się piętą achillesową publicznych zoz, które niejednokrotnie dysponują lepszym wyposażeniem i większym doświadczeniem niż podmioty prywatne. Potwierdzeniem takiej opinii mogą być często zdarzające się sytuacje, kiedy bardziej złożone przypadki chorobowe kieruje się z prywatnych placówek do szpitali publicznych. Placówka ta nie może odmówić przyjęcia pacjenta, jeżeli jego stan jest poważny i wymaga natychmiastowej interwencji medycznej. Takie interwencje są częstą przyczyną świadczeń, które wykraczają poza podpisany kontrakt z NFZ. Narodowy płatnik może odmówić zapłaty za wykonanie niezakontraktowanej usługi. Realizując takie usługi, zakład publiczny ponosi ryzyko operacyjne (niepewność otrzymania zwrotu poniesionych kosztów). Równocześnie

tego ryzyka nie może ograniczyć, gdyż odmowa wykonania usługi wiąże się z odpowiedzialnością karną (nie wspominając o złamaniu zasad etyki lekarskiej). Ograniczenia stawiane przed placówkami publicznymi eliminują je z części rynku, którego pojemność oceniana jest na poziomie zbliżonym do usług refinansowanych przez NFZ. Nie można w tych warunkach mówić o równości szans. Wobec tego trudno jest obiektywnie ocenić efektywność finansową podmiotów, kiedy możliwości ich zachowań rynkowych są niejednakowe.

Dotychczasowy system finansowania służby zdrowia w Polsce nie sprzyja powstawaniu zdrowych zasad konkurencji między różnymi placówkami medycznymi, bez względu na formę ich własności. Trzeba bowiem zauważyć, że usługa zdrowotna jest szczególnym dobrem, do którego dostępu nie można nikomu odmówić. Jej realizacja, podobnie jak wytworzenie jakiegokolwiek produktu, wymaga określonych kosztów, które ktoś musi sfinansować. Nie ma bezkosztowej usługi. Ktoś za nią musi zapłacić (pacjent lub ubezpieczyciel). Zasady finansowania opieki zdrowotnej nie mogą tego faktu ignorować. Jeżeli środki, którymi dysponuje NFZ, są ograniczone (takimi zawsze będą) to powstaje pytanie o celowość wprowadzenia zasady współpłacenia pacjentów za otrzymaną usługę. Zasada taka obowiązuje w wielu, znacznie bogatszych od Polski, krajach. Jest kwestią do rozstrzygnięcia, czy współpłaceniem objąć wszystkie usługi, czy tylko te najbardziej powszechne.

Trzeba uwzględnić również fakt, że współczesna medycyna staje się coraz bardziej skuteczna, lecz równocześnie coraz bardziej kosztowna. Dzięki nowym technologiom, które są na ogół bardzo drogie, uzyskuje się znacząco lepsze efekty lecznicze. Nie można zatem zakładać, że uda się zmniejszyć nakłady na ochronę zdrowia. Należałoby raczej dążyć do eliminowania wszelkich nieefektywnych rozwiązań powodujących zjawisko marnotrawstwa i skierowania zaoszczędzonych kwot na finansowanie nowych, bardziej skutecznych procedur medycznych.

Uruchomieniu konkurencji na rynku usług medycznych nie sprzyja również instytucja jednego płatnika. Takie rozwiązanie obowiązywało lub obowiązuje w wielu krajach. Doświadczenia w tym zakresie są na ogół negatywne. System jednego płatnika tworzy na rynku warunki monopsonu. NFZ staje się jedynym nabywcą usługi zdrowotnej. Taki stan powoduje, że płatnicy składek na ubezpieczenia zdrowotne zostają pozbawieni prawa do dysponowania nimi. Jak zauważają autorzy raportu o światowych sys-

temach opieki zdrowotnej, system jednego płatnika prawie wszędzie ogranicza pacjentom dostęp do specjalistów i kosztownych technologii [por: Goodman, Musgrave, Herrick 2008, s. 194]. Równocześnie NFZ dyktuje warunki wykonawcom usług zdrowotnych, w szczególności publicznym zoz pozbawionym prawa do realizacji świadczeń komercyjnych. W założeniach reformy z 1999 roku było uruchomienie konkurencji na rynku usług medycznych, tymczasem rynek został zmonopolizowany. Bez zmiany tego systemu trudno oczekiwać radykalnej poprawy poprzez komercjalizację i prywatyzację placówek publicznej służby zdrowia.

Uwagi końcowe

Istotnym problemem związanym z pełnym urynkowaniem usług zdrowotnych jest problem asymetrii informacyjnej, która wynika z różnicy w poziomie wiedzy lekarza i pacjenta. Usługodawcy mają więcej informacji na temat stosowanych metod leczenia, ich skuteczności, możliwości wykorzystania w konkretnych przypadkach chorobowych, nie mówiąc już o nowych technologii medycznych. W warunkach rynkowych dostawcy usług zdrowotnych mają silniejszą motywację do tego, by się tą informacją dzielić z obecnymi i potencjalnymi pacjentami, bowiem ma to wpływ na ich dochody. Natomiast, jak wykazują badania prowadzone nad publiczną służbą zdrowia w takich krajach, jak Wielka Brytania, Kanada czy USA, pracownicy tego sektora są w mniejszym stopniu zainteresowani dzieleniem się tą informacją z pacjentami. Ich dochody osobiste nie są bezpośrednio zależne od liczby pacjentów i zrealizowanych na ich rzecz świadczeń². Stąd też często ich zaangażowanie i szybkość reakcji na potrzeby pacjenta są mniejsze [Nogalski, Rybicki 2002, s. 125]. Dlatego wypada się zgodzić z P. Dolanem i J.A. Olsenem [2008, s. 170], którzy piszą, że „sektor publiczny od dłuższego czasu uważa się za mniej efektywny, gdyż ze względu na nieobecność sił rynkowych, menedżerowie tego sektora działają w sposób bardziej woluntarystyczny niż menedżerowie sektora prywatnego i mają większą swobodę w realizacji własnych partykularnych celów”.

Asymetryczność wiedzy medycznej może być jednak wykorzystywana również do sztucznego kreowania popytu. Taka sytuacja będzie miała

² Warto w tym miejscu przytoczyć wypowiedź Dennisa Lees: „Dobro pacjentów jest produktem ubocznym, zależącym od tego, w jaki sposób konflikty pomiędzy poszczególnymi grupami oraz pomiędzy nimi i rządem materializują się w określonym czasie w postaci wstrząsów” [por: Goodman, Musgrave, Herrick 2008, s. 279].

miejsce np. wtedy, gdy świadczeniodawca wiązkę elementów danej usługi podzieli na kilka odrębnych usług (np. zamiast w ramach jednej wizyty skierować pacjenta na kilka koniecznych badań diagnostycznych, będzie to robił w ramach kilku wizyt lub będzie bez wyraźnych wskazań medycznych kierował pacjentów na konsultacje do innych specjalistów). Jest to możliwe zarówno w publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Powszechne, obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne mają również ten skutek, że większość społeczeństwa sądzi, że publiczna służba zdrowia w Polsce jest darmowa. Brak bezpośredniej odpłatności za otrzymywaną usługę powoduje, że jest ona traktowana jak dobro wolne, do którego każdy może mieć dostęp niezależnie od rzeczywistej potrzeby. To sprawia, że zapotrzebowanie na te usługi nie zawsze jest uzasadnione stanem zdrowia pacjentów.

Wydaje się, że dla wzrostu efektywności w ochronie zdrowia konieczne jest urynkowienie usług medycznych i wyzwolenie konkurencji między świadczeniodawcami, niezależnie od ich formy organizacyjno-prawnej (formy własności). Wiele zgłaszanych obaw odnośnie tego rynku jest wynikiem niezrozumienia istoty gospodarki rynkowej lub też postrzegania jej jedynie przez pryzmat wypaczeń idei rynku. Tam, gdzie działa prawo konkurencji, korzyści usługodawców zależą od liczby pacjentów. Ta z kolei jest pochodną ceny i jakości. Chcąc funkcjonować na rynku, prywatni usługodawcy nie mogą ignorować oczekiwań pacjentów, gdyż w warunkach konkurencji mogą ich łatwo stracić. Nie mogą zwiększać własnych korzyści kosztem interesów pracowników, pacjentów czy dostawców. Jeżeli pracownicy będą mało zarabiali lub będą źle traktowani, odejdą i poszukają bardziej satysfakcjonującej pracy. Taka placówka będzie musiała zatrudnić nowych pracowników, ponieść dodatkowe koszty naboru i szkolenia, co wpłynie na wzrost kosztów funkcjonowania jednostki i spadek jej efektywności. Im częstsza byłaby wymiana pracowników, tym trudniej byłoby uzyskać przyrost zysków. Nie można lekceważyć również pacjentów, którzy w warunkach wolnego rynku mają duże możliwości wyboru usługodawców. Prywatna jednostka organizacyjna służby zdrowia, która chciałaby podwyższać nadmiernie ceny lub obniżać jakość, czy gorzej obsługiwać pacjentów, łatwo może ich stracić na rzecz konkurencji. Spadną wówczas przychody i o wzroście zysku będzie można tylko pomarzyć. Podobna sytuacja występuje w przypadku dostawców. Nieterminowe wywiązywanie

się ze zobowiązań wobec dostawców może być przyczyną ich utraty. Placówka straci swoją wiarygodność, będzie musiała nabywać niezbędne materiały (sprzęt, leki itp.) za gotówkę, często po wyższych cenach. Nie ma zatem obiektywnych możliwości trwałego bogacenia właścicieli kosztem pacjentów lub innych grup interesariuszy [Ehbar 2000, s. 13]. Wzrost efektywności pracy niepublicznej placówki medycznej związany z jej rozwojem umożliwia pogodzenie sprzecznych interesów grupowych. Wzrost sprzedaży zachęca do wdrażania nowych technologii medycznych i wszelkich innych innowacji, mających znaczenie dla pacjentów i pracowników. Działalność przedsiębiorcza w obszarze niepublicznej służby zdrowia musi zatem charakteryzować się określonym poziomem efektywności, która wyraża się w nadwyżce wytworzonej wartości nad wartością zużytych zasobów.

Nie oznacza to jednak, że w sektorze tym nie może być zachowań niekorzystnych dla pacjentów. Są one tym bardziej prawdopodobne, im konkurencja będzie mniejsza, czyli występować będą nieuzasadnione bariery administracyjne do wejścia nowych podmiotów do tego sektora. Przykładów takich ograniczeń dostarczają np. warunki konkursów ogłaszanych przez NFZ na świadczenie niektórych usług zdrowotnych. By sektor ten funkcjonował zgodnie z interesem społecznym, musi być odpowiednio rozbudowana infrastruktura rynkowa oraz zapewniony odpowiedni nadzór merytoryczny ze strony uprawnionych organów władzy państwowej. Finansowanie usług zdrowotnych z obowiązkowych składek ubezpieczeniowych nie oznacza, że muszą być one świadczone przez publiczne placówki medyczne. Nie powinno być przeszkód w ubieganiu się o te fundusze przez prywatnych świadczeniodawców. Innym problemem, którego w tym opracowaniu się nie rozpatruje, jest współpłacenie pacjentów za otrzymywane usługi medyczne.

Bibliografia

- Czapiński J., Panek T. (red) (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa.
- Dolan P., Olsen J. A. (2008), *Dystrybucja usług medycznych*, CeDeWu, Warszawa.
- Ehbar A. (2000), *Strategia tworzenia wartości przedsiębiorstwa*, WIG-Press, Warszawa.
- Goodman J.C., Musgrave G. L., Herrick D. M. (2008), *Jak uzdrowić służbę zdrowia*, Fijor Publishing, Chicago – Warszawa.
- Janik W., Paździor A. (2010), *Zarządzanie finansami spółki kapitałowej*, PWE, Warszawa.

Kachniarz M. (2008), *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Nogalski B., Rybicki J. M. (2002), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Dom Organizatora, Toruń.

Rejestr zakładów opieki zdrowotnej, (www.rejestrzoz.gov.pl/RZoz)

Stępniewski J. (red) (2008), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Adam Handzelewicz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Sytuacja ekonomiczna stacji dializ w Polsce

Streszczenie: W Polsce funkcjonuje 267 stacji dializ, około 60% z nich to placówki niepubliczne/prywatne. Zarówno publiczne jak i niepubliczne stacje funkcjonują w oparciu o kontrakty z NFZ. Każda stacja niezależnie od formy prawnej otrzymuje taką samą cenę za jedną hemodializę. Mimo to kondycja ekonomiczna stacji dializ w Polsce jest bardzo zróżnicowana. Wykorzystując wyniki ogólnopolskiego badania kierowników stacji dializ, w którym uczestniczyło ponad 35% populacji, autor przedstawił opinie kadry kierowniczej na temat: sytuacji ekonomicznej placówek. Podstawowym celem opracowania jest wskazanie różnic w funkcjonowaniu publicznych i niepublicznych stacji dializ oraz ich przyczyny. Autor podejmuje również próbę ustosunkowania się do problemu nurtującego od lat środowisko nefrologiczne, a dotyczącego roli i znaczenia dializ otrzewnowych w poprawie efektywności medycznej i ekonomicznej funkcjonowania stacji dializ.

The economic situation of dialysis station

Abstract: There are 267 working dialysis stations in Poland, about 60% of which are non-public. Both public and non-public stations function on the basis of contracts with National Health Fund. Regardless of the legal type, each station receives the same price for one hemodialysis. Nevertheless, the economic situation of Polish dialysis stations is very differentiated. By employing the findings of an all-Polish survey involving dialysis station managers, in which over 35% of the population took part, the author presented the opinions of the management concerning the economical situation of the facilities. The basic aim of the paper is to indicate the differences between the functioning of public and non-public dialysis stations, as well as finding their causes. Additionally, the author attempts at assuming an attitude towards a problem which has been a subject of heated debates among nephrologists for many years. The issue concerns the role and the value of peritoneal dialyses, as far as the improvement of medical and economical efficiency of dialysis stations is concerned.

Dializoterapia w Polsce

Nerki spełniają szereg istotnych funkcji dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka, jednakże najistotniejszą z nich jest usuwa-

nie szkodliwych produktów przemiany materii. Osobom, u których nerki przejściowo lub całkowicie zaprzestały wykonywania swoich funkcji stosuje się leczenie nerkozastępcze występujące w dwóch formach: dializoterapii i transplantacji nerek.

Kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego przez wiele lat stanowiła ogromny problem natury moralno-etycznej dla polskich nefrologów. Do roku 1970 jednym z podstawowych kryteriów kwalifikowania pacjentów do powtarzalnej dializoterapii był wiek nieprzekraczający 50-tego roku życia. Począwszy od lat 70-tych do lat 90-tych granica wieku była regularnie przesuwana, a na przełomie wieków zupełnie zniesiona. Obecnie liczy się jedynie wiek biologiczny, a nie metrykalny. Należy pamiętać, że dializoterapia jest jedną z tych metod leczenia, które całkowicie zmieniły rokowania u pacjentów z ostrą, przewlekłą, czy też schyłkową niewydolnością nerek. Aktualny poziom rozwoju nefrologii umożliwił trwale zastąpienie nieodwracalnie zniszczonego organu sztucznym urządzeniem, dzięki czemu wielu spośród dializowanych pacjentów dożywa późnej starości [Rutkowski B., Rutkowski P., Bączyk 2004].

Upowszechnienie leczenia nerkozastępczego oraz poprawa dostępności usług dializacyjnych znacznie poprawiły jakość życia chorych. Idąc krok dalej, środowiska nefrologiczne postulują wprowadzenie zintegrowanego systemu leczenia nerkozastępczego. System taki gwarantowałby pacjentowi dostęp do pełnej gamy możliwości i metod leczenia, jakie są dostępne (leczenie zachowawcze, dializoterapia oraz transplantacja nerek). Wybór konkretnej metody zależałby od stanu chorego, jego medycznej oceny oraz woli. Elastyczne stosowanie konkretnych metod leczenia daje lepsze efekty nie tylko pod kątem medycznym, ale i ekonomicznym [Rutkowski B. 2007, s. 621]. Wymienność nerkozastępczych metod leczenia musi opierać się o zasadę „koszt – efekt terapeutyczny”. Implementacja i funkcjonowanie systemu wymaga spełnienia wielu warunków, takich jak: wczesna wykrywalność chorób nerek, właściwa opieka ambulatoryjna oraz odpowiednie leczenie. Dla osiągnięcia wysokich wskaźników w makrosystemie medycznym konieczne jest zintegrowanie działań Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz środowiska nefrologicznego [Skrzypek 2011, s. 347–349].

Naturalne ograniczenia, niska świadomość społeczna oraz brak odpowiedniej infrastruktury powodują, że transplantologia nadal stanowi zbyt niski udział w leczeniu nerkozastępczym, które zdominowane jest przez dia-

lizoterapię. Dializoterapia stanowi aktywną formę leczenia, którą należy wdrożyć przy niepowodzeniu leczenia zachowawczego. Ze względu na specyfikę zabiegu, polegającego na leczeniu w krążeniu pozaustrojowym, konieczne jest zachowanie ścisłego reżimu technologicznego oraz posiadanie ściśle wyodrębnionej struktury pomieszczeń, wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego oraz nowoczesnej aparatury. Prowadzenie leczenia nerkozastępczego precyzyjnie unormowanego licznymi aktami prawnymi i procedurami medycznymi możliwe jest tylko w wyspecjalizowanych placówkach – stacjach dializ. Uregulowania dotyczą wszystkich obszarów działalności stacji, od normatywów dotyczących ilości i wielkości pomieszczeń, ich liczby i rodzaju, przez ściśle określone procedury medyczne i technologiczne, po sposoby utylizacji odpadów i procedury rejestracji zdarzeń. Wyposażenie stacji jest szerokie i maksymalnie uniwersalne, gdyż pacjenci tam leczeni posiadają ogromną ilość różnorodnych schorzeń. Personel medyczny winien natomiast oprócz wiedzy i umiejętności specjalistycznych wykazywać się rozległą wiedzą interdyscyplinarną.

Obecnie stacje dializ w Polsce funkcjonują zarówno w systemie publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pierwsze niepubliczne stacje dializ powstały po 1999 roku. O ile liczba publicznych placówek jest od 2000 roku prawie na niezmiennym poziomie, o tyle w przypadku stacji niepublicznych mamy do czynienia z prawdziwą ekspansją.

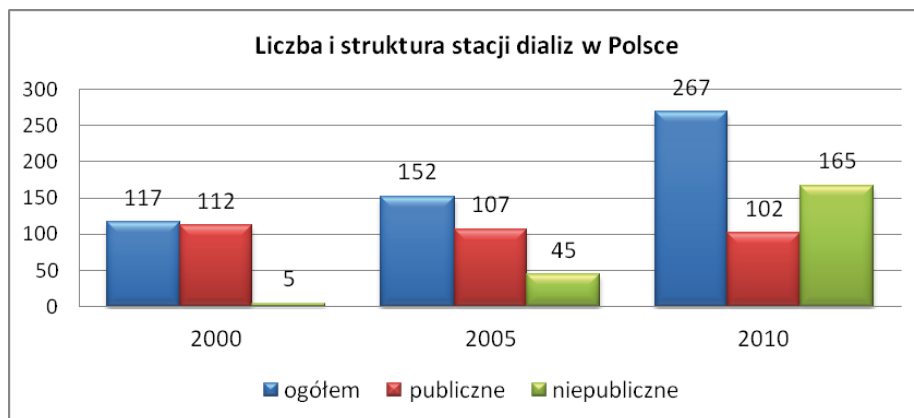
Zniesienie bariery wieku w leczeniu nerkozastępczym spowodowało gwałtowny wzrost popytu na usługi dializacyjne. Zmiany systemowe, które umożliwiły tworzenie niepublicznych placówek medycznych oraz ogromne niedofinansowanie publicznej służby zdrowia były podstawową przyczyną gwałtownego wzrostu liczby prywatnych stacji dializ.

W drugiej połowie 2011 roku na terenie Polski funkcjonowało 267 stacji dializ, które świadczyły usługi dializacyjne w oparciu o kontrakty z NFZ. Placówki te leczą chorych, dysponując 3 960 stanowiskami dializacyjnymi¹. Jak wynika z danych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, średnio na 100 tysięcy mieszkańców w roku 2011 przypadło 10,37 stanowiska dializacyjnego w stacjach przeznaczonych dla przewlekle dializowanych. W ostatnich dwóch latach średnie tempo przyrostu liczby stanowisk dializacyjnych wynosiło około 2% [*Stacje dializ w Polsce w 2011*, Departament

¹ Liczba ta nie obejmuje stanowisk do ostrej hemodializy, zlokalizowanych w oddziałach intensywnej opieki medycznej.

Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia,, www.nfz.gov.pl. Placówki publiczne najczęściej stanowią część struktury szpitala, natomiast niepubliczne funkcjonują w ramach sieci stacji dializ².

Wyk. 1. Liczba stacji dializ w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych publikowanych przez NFZ, www.nfz.gov.pl

Wycena kosztu usługi dializacyjnej a cena za dializę

Niedoszacowanie kosztu usługi dializacyjnej jest już stałym tematem dyskusji w środowiskach nefrologicznych. Aktualnie wykorzystywana metodologia szacowania kosztów budzi kontrowersje od samego początku jej stosowania. Rozwiązanie wypracowane zostało w 2009 roku przez zespół do spraw hemodializoterapii, a wszelkie wyliczenia oparte są na modelu przeciętnej stacji dializ, stacji posiadającej 13 stanowisk dializacyjnych, realizującej świadczenia przez 6 dni w tygodniu w trybie trzymianowym i wykonującej w ciągu roku 9600 hemodializ dla około 62 pacjentów. Dla potrzeb kalkulacji wykorzystane zostały średnie ceny z kilku lub kilkunastu przetargów. Jak twierdzi NFZ, ceny te były przeważnie o co najmniej kilkanaście procent wyższe od ceny minimalnej. Oznaczałoby to, że stacje wykorzystujące najtańsze leki i materiały medyczne mogą znacznie redukować koszt zabiegu hemodializy, co przy z góry ustalonej cenie pozwalałoby generować dodatni wynik finansowy [Szerzej: Aktualizacja wyceny kosztu hemodializy, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego

² W Polsce funkcjonuje kilka sieci stacji dializ: Fresenius Nephrocare Polska, BBraun Avitum Poland, Eurodializa, Dializa Polska, Hurtofarm.

Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl]. Niestety sposób prezentacji poszczególnych grup kosztów nie jest do końca przejrzysty i trudno określić, jaki procent kosztów według tej wyceny stanowi wynajem pomieszczeń czy gruntu?

Wycena zabiegu hemodializy na rok 2012 zgodnie z przedstawioną poniżej kalkulacją kształtuje się na poziomie 402,41 zł – czyli nieznacznie wyżej niż w roku poprzednim. Redukcji uległy koszty leków i płynów dializacyjnych oraz koszty wynagrodzeń. Nieznaczny wzrost zanotowano w odniesieniu do kosztów diagnostyki, transportu chorych oraz materiałów medycznych. Przyrost kosztów wynika z uwzględnienia wzrostu stawki podatku VAT oraz ponownego przeliczenia kosztów zarządu. Wycena zakłada, że stacja dializ zatrudnia w połowie lekarzy nefrologów a w połowie specjalistów chorób wewnętrznych. W przypadku stacji dializ, które nadal zapewnią obsadę lekarską wyłącznie w postaci specjalistów nefrologii, wycena jednego zabiegu dializy wyniesie 407,80 zł [Aktualizacja wyceny kosztu hemodializy, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl].

Tab. 1. Zestawienie wszystkich grup kosztów cząstkowych składających się na koszt zabiegu hemodializy

Pozycja kosztów	Wycena na 2011 rok	Wycena na 2012 rok
Materiały medyczne	48,07	48,31
Leki	105,30	101,34
Diagnostyka	7,92	9,61
Posilek	3,50	3,53
Transport osób dializowanych	32,10	34,20
Wynagrodzenia i pochodne	129,61	124,23
Pozostałe koszty, w tym:	73,82	81,19
Media		
Energia elektryczna	7,34	7,40
Energia cieplna/Kotłownia	3,33	3,36
Woda i ścieki	2,94	2,96
Amortyzacja		
Amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych/dzierżawa	15,21	15,21
Amortyzacja budynków	10,42	10,42
Środki trwałe o wartości do 3.500,00 zł brutto –	0,26	0,26
Utrzymanie czystości i sterylności		
Bielizna i pościel jednorazowa	1,83	1,85

Odzież ochronna (wielokrotnego użytku)	0,25	0,25
Odzież ochronna (jednorazowego użytku)	1,57	1,58
Wywóz nieczystości	0,65	0,66
Wywóz i utylizacja odpadów	3,47	3,47
Usługa sprzątania pomieszczeń i dezynfekcji	9,00	9,07
Środki czystości i dezynfekcji	6,12	6,17
Badania wody uzdatnionej	0,80	0,81
Naprawy i konserwacje		
Naprawy i konserwacje	4,56	4,60
Koszty administracyjne		
Ubezpieczenia OC i majątkowe firmy	0,90	0,91
Podatek od nieruchomości	0,34	0,34
Materiały biurowe i druki	0,40	0,40
Usługi pocztowo-telekomunikacyjne	1,12	1,13
Obsługa informatyczna i koszty oprogramowania	0,37	0,37
Obsługa kadrowo-placowa i księgowość	2,14	2,16
Pozostałe koszty zarządu	0,80	7,81
Łącznie	400,32	402,41

Źródło: *Aktualizacja wyceny kosztu hemodializy*, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, s. 8, www.nfz.gov.pl

Biorąc pod uwagę przedstawioną powyżej kalkulację kosztów – nawet przy założeniu, że jest ona właściwa i wiarygodna – i konfrontując ją z proponowaną ceną za dializę na poziomie 414,00 zł, można stwierdzić, że jest to działalność na granicy opłacalności. Trzyprocentowa marża w przypadku działalności usługowej uniemożliwia rozwój. Przeciwnego zdania jest zespół odpowiedzialny za metodologię wyceny, który twierdzi, że nadwyżki można przeznaczyć na „podniesienie standardu opieki, np. poprzez rezygnację z reutilizacji dializatorów, zastosowanie sprzętu o wyższym standardzie, zakup nowych aparatów do dializ, a także utrzymanie pełnej obsady nefrologicznej pomimo obniżenia wymagań dla personelu lekarskiego” [Aktualizacja wyceny kosztu hemodializy, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl].

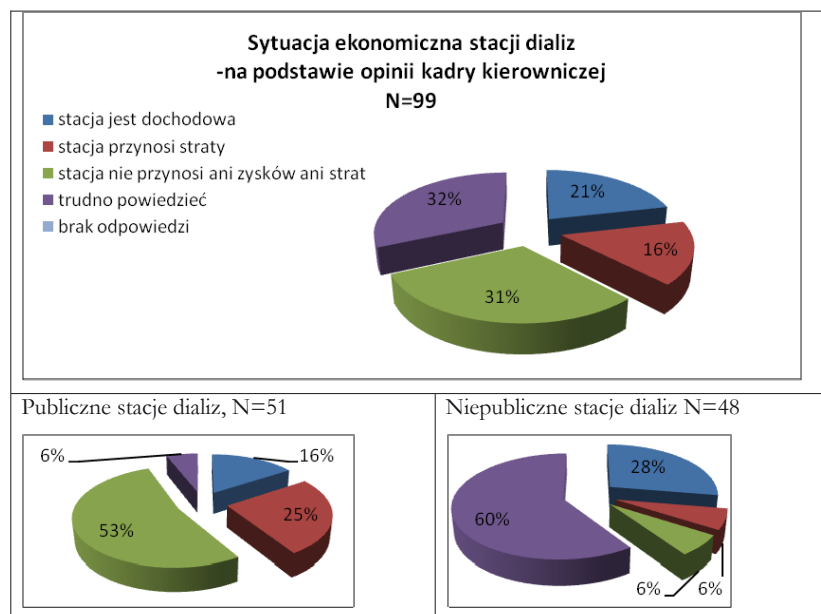
Ekonomiczne aspekty funkcjonowania stacji dializ

Stacja dializ jest swoistą organizacją usługową sprzedającą swoje usługi na rynku dializoterapeutycznym. Jej park maszynowy stanowią sztuczne nerki, stacje uzdatniania wody, systemy rozwiniętych technologii informatycznych, systemy przyzywowe, natomiast za materiały służą przede wszystkim płyny dializacyjne, komplementarne środki medyczne, leki

i dializatory jednorazowego użytku, cewniki, strzykawki, rękawice i wiele innych. Wysoko wykwalifikowany i wyspecjalizowany personel stanowią: lekarze, pielęgniarki, salowe i technicy. Usługobiorcą zaś jest pacjent, mniej lub bardziej dotknięty chorobą, wymagający indywidualnego podejścia i obsługi. Praca stacji jest realizowana w zorganizowanym, powtarzalnym cyklu działań. Placówki funkcjonują w ramach struktury organizacyjnej, powiązań kooperacyjnych, cen i kosztów, wydatków i wpływów, ponosząc ryzyko zarówno w obszarze decyzji medycznych, jak i organizacyjno-prawnych i ekonomicznych [por. Skrzypek 2011, s. 351].

Placówki służby zdrowia niezależnie od formy prawnej powoływane są przede wszystkim dla realizacji swojej służebnej roli wobec społeczeństwa. Nie należy jednak zapominać, że nie zwalnia ich to z postępowania zgodnie z regułami logiki ekonomicznej. Bo czymże jest współczesna stacja dializ, jeśli nie małym przedsiębiorstwem usługowym, funkcjonującym w ramach sieci lub organizacji szpitala, które dodatkowo pełni rolę społeczną?

Wyk. 2. Opinia kadry kierowniczej stacji dializ na temat sytuacji ekonomicznej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Jak wskazują wyniki badań kadry kierowniczej stacji dializ³, co trzecia placówka funkcjonuje na granicy opłacalności, zaledwie co piąta generuje dodatni wynik finansowy, a 16% z nich przynosi straty. Co ciekawe, ponad 30% respondentów nie potrafiło stwierdzić, jaka jest sytuacja ekonomiczna stacji dializ – przy czym zdecydowana większość z nich kieruje placówkami niepublicznymi. Dlaczego wiedza kierowników niepublicznych stacji dializ jest tak znikoma? Dlaczego aż 60% z nich nie potrafi ocenić dochodowości placówki? Po wielu rozmowach, zarówno z kierownikami stacji dializ, jak również kierownikami całych sieci, można wysnuć przypuszczenie, że jest to celowy zabieg wpływający na motywację kierowników do ciągłej poprawy. Stacje dializ, które osiągają ujemny wynik finansowy, tłumaczą to zbyt niską ceną za dializę, natomiast te, które są dochodowe, jako główne przyczyny dobrej sytuacji wskazują odpowiednio dużą liczbę pacjentów oraz właściwy sposób zarządzania. Zatem w sytuacji regulowanej i stałej ceny za dializę to właśnie efektywne zarządzanie i efekt skali umożliwiają stacji dializ osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego.

Publiczne stacje dializ funkcjonujące w ramach struktury szpitala dostosowują się do organizacji macierzystej, jak każdy inny oddział. Kondycja finansowa oraz efektywność zarządzania taką stacją dializ jest ściśle uzależniona od ekonomiki funkcjonowania całego szpitala. Z jednej strony umożliwia to przetrwanie stacjom dializ, które osiągają wynik finansowy oscylujący wokół zera lub nawet wynik ujemny. Z drugiej strony natomiast fakt ten może zniechęcać do podejmowania wysiłku na rzecz racjonalizacji działań placówek, które miałyby szanse na inwestowanie i rozwój, gdyby nie stanowiły jedynie małej części szpitala.

Działalność niepublicznych ośrodków funkcjonujących w ramach dużych sieci jest analizowana indywidualnie. Każda stacja dializ podlega szczegółowej ocenie, która jest dokonywana raz w miesiącu. Weryfikacji podlegają parametry medyczne, techniczne i ekonomiczne. Regularna i rzetelna ocena umożliwia porównywanie pracy stacji dializ funkcjonujących w ramach sieci oraz wychwycenie istotnych tendencji wpływających na pracę placówek.

Jak wynika z ogólnopolskiego badania kierowników stacji dializ zrealizowanego przez autora w 2011 roku, zarówno stacje publiczne, jak i pry-

³ W artykule autor wykorzystał wyniki ogólnopolskiego badania kierowników stacji dializ, przeprowadzonego metodą standaryzowanego wywiadu telefonicznego. W badaniu uczestniczyło 99 respondentów co stanowi ponad 35% populacji.

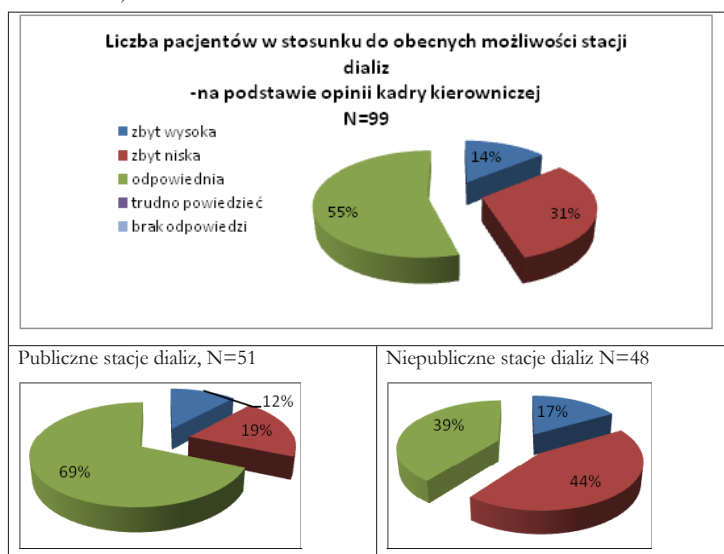
watne świadczą usługi na wysokim poziomie, chociaż w obydwu sektorach są takie, które osiągają gorsze rezultaty leczenia. Pomiędzy placówkami, w zależności od formy własności, występują istotne różnice. Niepubliczne stacje dializ są generalnie lepiej wyposażone, oferują bardziej zaawansowane technologie, co z kolei przekłada się na wyższą skuteczność leczenia oraz lepsze wyniki medyczne, a w konsekwencji i ekonomiczne. Ośrodki publiczne w przeważającej części przypadków borykają się z konsekwencjami niedofinansowania opieki zdrowotnej i walczą o zachowanie podstawowych standardów. Podstawowymi problemami są przede wszystkim awarie zużytych maszyn i stacji uzdatniania wody, deficyty wielu podstawowych materiałów i środków oraz przestoje w pracy wywołane problemami z infrastrukturą. Niestety dosyć powszechną praktyką jest wielokrotne stosowanie filtrów krwi (dializatorów), które z założenia są jednorazowego użytku.

Fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia w żaden sposób nie wiąże ceny z jakością spowodował, że pacjent za tę samą cenę otrzymuje usługę o zupełnie nieporównywalnej jakości.

W jaki sposób można zatem osiągnąć lepszą pozycję konkurencyjną na rynku przy z góry ustalonej cenie? Jediną drogą wydaje się efektywne zarządzanie kosztami i dbałość o przyrost liczby pacjentów, którzy mają swobodę wyboru stacji, w której chcą się leczyć. Pacjenci bowiem doskonale potrafią ocenić, która stacja świadczy usługi o wyższej jakości. Jediną barierą jest tu lokalizacja stacji i odległość od miejsca zamieszkania. Z drugiej zaś strony, jak wynika z prowadzonych przez autora analiz ekonomicznych, przeciętna stacja osiąga próg rentowności na poziomie 45 leczonych pacjentów.

Porównując liczbę pacjentów do możliwości stacji dializ można zauważyć, że w blisko co trzeciej placówce występują niewykorzystane „moce”. W przypadku publicznych podmiotów świadczących usługi z zakresu dializoterapii w co piątej placówce publicznej liczba pacjentów jest niedostateczna. Co ciekawe jeszcze większy niedobór pacjentów dostrzegają w swoich placówkach kierownicy placówek niepublicznych. Blisko w co drugiej prywatnej stacji dializ kadra kierownicza ocenia liczbę pacjentów jako zbyt niską. Czy to oznacza, że stacje dializ są przeinwestowane?

Wyk. 3. Opinia kierowników stacji dializ na temat liczby pacjentów w stosunku do możliwości stacji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

Proгноzy i wnioski

Wszystkie źródła publikujące dane o stacjach dializ i dializowanych pacjentach są zgodne co do tego, że liczba pacjentów w perspektywie najbliższych 3 lat wzrośnie. Przyczyn wzrostu liczby pacjentów należy upatrywać przede wszystkim w:

- wydłużeniu się średniej życia populacji,
- coraz większym dostępie do usług dializacyjnych,
- większej wykrywalności chorób nerek,
- rosnącej liczbie chorób będących wtórnie przyczyną przewlekłej choroby nerek (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze).

Kierownicy stacji dializ, którzy uczestniczyli w badaniach, również potwierdzają te dane, upatrując w ogólnym trendzie wzrostowym szansę na zwiększenie liczby pacjentów we własnej stacji dializ. Na podstawie wyników można stwierdzić, że największą szansą jest dogodna lokalizacja, ale na sukces stacji w opinii kadry kierowniczej wpływają również jakość procesu dializy, wachlarz oferowanych usług oraz zatrudniony personel. Na chwilę obecną w Polsce mamy około 18.000 pacjentów zakwalifikowanych

do terapii nerkozastępczej, zaś dynamika wzrostu rynku wynosi około 3–4% w skali roku.

Wyk. 4. Prognoza kierowników stacji dializ w zakresie kształtowania się liczby pacjentów dializowanych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

Podsumowując powyższe rozważania, należy zwrócić uwagę na problem ekonomicznej edukacji kierowników stacji dializ. Wzrost świadomości społecznej w zakresie znaczenia ochrony zdrowia, wydłużenie się przeciętnego okresu życia oraz brak bezpośredniego współpłacenia za świadczenia ze strony pacjenta spowodowały, że zapotrzebowanie na usługi medyczne staje się nieograniczone i jednocześnie niemożliwe do zaspokojenia. Stąd efektywne zarządzanie kosztami w miejscu ich powstawania staje się wyzwaniem naszych czasów. Doświadczenia dzisiejszych kierowników prywatnych ośrodków dializacyjnych, którzy kiedyś kierowali tymi placówkami w jednostkach publicznych wyraźnie wskazują, że ich bezpośredni wpływ na efektywność funkcjonowania placówki jest znacznie większy niż poprzednio [Skrzypek 2011, s. 357–358].

Przy wysokim poziomie niedofinansowania służby zdrowia, nieodtworzonej infrastrukturze placówek publicznych oraz rosnącej konkurencji na rynku usług dializacyjnych ciekawym problemem, nie tylko medycznym, ale i ekonomicznym, są dializy otrzewnowe. Z punktu widzenia płatnika, jakim jest NFZ, wydatek, jaki ponosi on za hemodializę lub dializę otrzewnową, jest taki sam i wynosi około 5.400 zł miesięcznie. Natomiast dla usługodawcy problem jest wart analizy, ponieważ koszt realny ponoszony przez niego jest relatywnie niższy niż w przypadku zabiegu hemodializy.

Dla istotnego wzrostu udziału dializ otrzewnowych konieczny jest program ich popularyzacji wśród chorych, ponieważ obecnie występuje jeszcze szereg barier uniemożliwiających stosowanie tej metody leczenia nerkozastępczego. Do podstawowych zaliczyć należy przede wszystkim niechęć pacjenta wynikającą z obawy przed zabiegiem i jego następstwami medycznymi w przypadku błędu, samodzielnie ponoszonymi kosztami dojazdu do ośrodka, psychologicznej bariery związanej z przeniesieniem odpowiedzialności za zabieg z personelu medycznego na niego samego. Wyniki badań prowadzonych na całym świecie wyraźnie wskazują na większe korzyści dla pacjenta, jakie wynikają ze stosowania dializ otrzewnowych, szczególnie w odniesieniu do czasu przeżycia i jakości życia chorego [Wańkiewicz 2003, s. 243–247].

Konieczna jest realizacja programu edukacyjnego, który uświadomiłby pacjentom korzyści stosowania dializ otrzewnowych oraz przełamał bariery wynikające z niewiedzy i strachu pacjentów. Szkolenie pacjentów i lekarzy realizowane w ramach szerokiego programu edukacyjnego stanowi ogromny wysiłek organizacyjny i finansowy. Jednak zdaniem autora jest to przede wszystkim inwestycja w przyszłe korzyści ekonomiczne nie tylko dla sieciowych operatorów na rynku, ale przede wszystkim publicznych placówek, które w większym stopniu borykają się z problemami o charakterze finansowym.

Biorąc pod uwagę sytuację finansową publicznej służby zdrowia, oczywistym faktem jest, iż postulat ten z wielu powodów, których część została omówiona powyżej, należy kierować do operatorów prywatnych. Szpital publiczny, który w ramach swojej struktury posiada najwyżej jedną stację dializ, nie podejmie tego zadania, choćby ze względów finansowych i organizacyjnych.

Gdyby starczyło woli i motywacji do szerszego zaangażowania się głównych rynkowych graczy w podjęcie problemu, postulowana wcześniej zależność „cost-effectiveness” mogłaby w przyszłości być rozszerzona na szpitale publiczne z korzyścią dla całej populacji pacjentów.

Bibliografia

Aktualizacja wyceny kosztu hemodializy, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl.

Handzelewicz A., Karaszewski R., Skrzypczyńska K., *Zarządzanie jakością w służbie zdrowia na przykładzie prywatnych stacji dializ* [w:] pod red. E. Skrzypek (2011),

Zasoby niematerialne jako narzędzie doskonalenia organizacji, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

Rutkowski B., Rutkowski P., Bączyk K. (2004), *Historia leczenia nerko zastępczego, Dializoterapia w praktyce lekarskiej*, Gdańsk.

Rutkowski B. (red.) (2007), *Leczenie nerko zastępcze*, Wydanie I, Lublin.

Stacje dializ w Polsce w 2011, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia,, www.nfz.gov.pl.

Wańkowicz Z. (2003), *Peritoneal dialysis – the role in the integrated care, pitfalls and benefits of therapy*, Adv Clin Exp Med.

Daria Trućko-Stochmal

Szpital efektywnym przedsiębiorstwem – jak wykorzystać informatyczne narzędzia analityczne, aby to osiągnąć?

Streszczenie: Zmienność warunków politycznych, społecznych i ekonomicznych sprawiają, że niepewność, burzliwość i ryzyko nieustannie towarzyszą zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia, a ich rozwój i przetrwanie zależą od umiejętności szybkiej adaptacji. Należy pamiętać, że zarządzanie szpitalem ociera się o zarządzanie przedsiębiorstwem, patrząc przez ten pryzmat można skutecznie zarządzać i doprowadzić do uzyskania wysokiej efektywności, nie tylko klinicznej, ale i ekonomicznej, o czym niestety jeszcze zapomina się w szpitalach publicznych. Zarządzający muszą odpowiednio wcześniej otrzymywać sygnały umożliwiające podjęcie właściwej decyzji. Stąd, zmierzając do postrzegania instytucji szpitala jako przedsiębiorstwa, autorka zachęca do otwierania się na wykorzystanie nowoczesnych narzędzi wspomagających zarządzanie, a w szczególności systemów informatycznych klasy Business Intelligence. Rozwiązania BI pozwalają spojrzeć na organizację z dowolnej perspektywy i wydobyć potrzebne w danej chwili informacje, skutecznie zmniejszając zarządzanie ryzykiem i doprowadzając do podejmowania trafnych decyzji kierujących zakładem, umacniając tym szpitale jako profesjonalnego i konkurencyjnego usługodawcę świadczeń medycznych i stabilnego pracodawcę, dobrze zarządzanej firmy.

Hospital-effective enterprise - how to use computer analysis tools to accomplish this?

Summary: Political, social and economic volatility too often makes the management of health service entities unpredictable, erratic and insecure, relying the development and future existence of them on the ability of quick adaptation to changes. It should be remembered that managing a hospital resembles managing a company. Looking through such a prism guarantees effective management and high efficiency, not only clinical, but economic, as well, the fact often forgotten by state hospitals. And, so as to make proper decisions managers of hospitals should receive early signals to be able to do so. By viewing a hospital as a company, the author of this article tries to encourage hospital managers to open themselves to the advanced tools of effec-

tive management, particularly, to IT systems of Business Intelligence (BI). BI can enhance the all-perspective view of management and acquisition of relevant information. It may effectively reduce risk management, facilitating managers' ability to make right decisions. In effect, it may strengthen the position of hospitals as professional and competitive providers of medical services, making them reliable managers of well-administered companies.

Wstęp

Szpital jako przedsiębiorstwo? To pytanie w przypadku publicznej/bużetowej służby zdrowia wywołuje społeczno-polityczny sprzeciw. Czyż politycy w przedwyborczych obietnicach nie wykrzykiwali, iż ochrona zdrowia to nie biznes, a szpital to nie przedsiębiorstwo, w którym dochody są ważniejsze niż zdrowie pacjenta, które to nie jest towarem? Jednakże już inne podejście zauważa się do ustawowo zdefiniowanych przedsiębiorstw udzielających świadczeń zdrowotnych. Podmioty świadczące bezpłatne usługi medyczne w oparciu o działalność gospodarczą cieszą się uznaniem społecznym, elastycznie i szybko reagują na zmiany, dyrektorzy czują większą odpowiedzialność, decyzje uniezależniają od samorządowych/resortowych organów założycielskich – często są konkurencyjni na rynku medycznym. Kadra zarządzająca ZOZ-em, w dobie konkurencji, winna popatrzeć na swą placówkę jako na przedsiębiorstwo, wykorzystując dostępne do tego narzędzia, w tym informatyczne.

Aby potwierdzić zasadność zastosowania narzędzi analitycznych wspomagających zarządzanie i potraktować ZOZ jako przedsiębiorstwo, weryfikacji poddano następujące tezy:

- strategia zarządzania jednostkami ochrony zdrowia coraz częściej winna wzorować się na zarządzaniu w przedsiębiorstwie w dobie konkurencji, zagrożeń i otoczenia społeczno-politycznego;
- przed zarządzającymi stawia się trudne decyzje, podejmowane często w oparciu o intuicję i słabe sygnały ostrzegania;
- mało narzędzi analitycznych typu Business Intelligence (BI) jest wykorzystywanych w służbie zdrowia;
- istnieją realne korzyści z zastosowania narzędzi analitycznych w służbie zdrowia.

W artykule autorka pragnie przekazać praktyczną stronę zastosowania BI w placówkach medycznych. W przypadku chęci pogłębienia wiedzy ściśle informatycznej na powyższy temat, należy odwołać się do literatury fachowej z tej dziedziny.

Zdrowie to biznes?

Podczas I konwencji dotyczącej analizy jakości systemu zdrowotnego, zaprezentowano wyniki badania międzynarodowego „Barometr zdrowia”, ukazującego, iż na system opieki zdrowotnej powinno się spojrzeć jak na biznes przynoszący jak najwyższej jakości usługi medyczne, racjonalnie wykorzystujący zasoby ludzkie i materialne, aby jak najlepiej zaspokoić potrzeby pacjentów. Traktowanie szpitala jedynie w kategoriach przedsiębiorstwa prowadzi do koncentracji na wynikach finansowych, a nie na jakości obsługi chorych. Ale można na szpital spojrzeć jak na przedsiębiorstwo z innej perspektywy: produktem tego przedsiębiorstwa jest zdrowie pacjenta [Dygas 2009].

Czy zatem szpitale mogą być przedsiębiorstwami? I pracować dla zysku? Zdecydowanie tak. Zysk nie jest kategorią moralną, tylko ekonomiczną. Bez zysku szpital nie ma możliwości rozwoju, nie inwestuje w sprzęt, pracowników, nowe technologie, narasta niezadowolenie pacjentów, zmniejsza się konkurencyjność, rosną oczekiwania interesariuszy, pojawia się wypalenie zawodowe pracowników, kolejne zmiany zarządzających osób. A zatem ważny jest zysk, gospodarność, rentowność, przedsiębiorczość. Nie można jednak zapominać, iż powyższe rozważać należy przez pryzmat rodzaju usługi jakiej udziela ustawowo zakład opieki zdrowotnej, za którą idą wszystkie konsekwencje działań zarządczych przedsiębiorstwa, jakim dziś staje się ZOZ.

I tak zarządzanie w placówkach medycznych na najwyższym szczeblu opiera się na tworzeniu strategii organizacji i wytyczaniu jej planów na przyszłość, z wykorzystaniem szans i minimalizacją ryzyka, by doprowadzić do polepszenia profilu działalności. Chcąc sprostać dodatkowo wymaganiom interesariuszy, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych oraz efektywnie funkcjonować, każda jednostka na przestrzeni swojej działalności jest zobowiązana do permanentnego wdrażania programu zmian, zobowiązana jest do elastycznego definiowania celów oraz metod do ich osiągnięcia, rzetelnie określając szanse i zagrożenia dla dalszego rozwoju.

Integralną częścią wszelkiej działalności kierowniczej są decyzje, które znacznie większe znaczenie odgrywają w warunkach ryzyka i niepewności. Dlatego menedżerowie, którzy podejmują decyzje, muszą się upewnić, że zapoznali się możliwie szczegółowo z obecną sytuacją i podejmować problem w racjonalnej i logicznej perspektywie. Rzadko menedżerowie mogą pozwolić sobie na komfort zadecydowania w sytuacji całkowitej pewności,

po zebraniu wszelkich niezbędnych informacji i przewidzeniu przyszłych skutków. Zarządzający czasami jednak mogą podejmować złe decyzja, gdyż rozpoznanie problemu jest błędne. W efektywnym systemie zarządzania ryzykiem funkcje te powinien pełnić controlling, który ma za zadanie wspieranie kierownictwa przedsiębiorstwa przy podejmowaniu decyzji realizowanym przez planowanie, kontrolę i sprawozdawczość. Jednocześnie podkreśla się, iż działania controllingowe oznaczają doradzanie wszystkim komórkom decyzyjnym przedsiębiorstwa oraz koordynowanie celów, decyzji i działań; zapewnia równowagę celów poszczególnych działów przedsiębiorstwa, z zachowaniem współzależności między nimi. Przyczynia się też do kształtowania u każdego decydenta poczucia współodpowiedzialności za wynik ogólny przedsiębiorstwa – ekonomiczny w sferze biznesowej i jakościowy w sferze usług medycznych [Tkaczyk, 2009].

Celem controllingu jest przeprowadzanie korekt i sprawowanie nadzoru nad różnymi dziedzinami działalności firmy. Jest to proces kompleksowy, w którym dochodzi do scalania czynności koordynacyjnych, kontrolnych, informacyjnych, planistycznych. Redukcja najsłabszych ogniw zakładu, które stwarzają trudności, jest naczelnym zadaniem controllingu, a zapobieganie błędom poprzez podejmowanie słusznych decyzji (zarządzanie ryzykiem) umożliwia późniejszy rozwój organizacji. Do efektywnego zarządzania ryzykiem potrzebne jest wsparcie controllingowe [Podlewski, 2010].

Do realizacji celów controllingu nie tylko stosuje się praktyczne podejście organizacyjne, ale wykorzystuje się narzędzia informatyczne wspomagające controlling w takich obszarach, jak budżetowanie, kontrola i raportowanie. Jednakże nadal rozwiązania Business Intelligence (BI) nie są powszechnie stosowane w służbie zdrowia.

Informatyzacja szpitali

Badania przeprowadzone przez Garnera z udziałem sześciu państw członkowskich UE wskazują jedenaście technologii, których wprowadzenie do ochrony zdrowia przyniesie wymierne korzyści społeczne, polityczne i ekonomiczne. Należą do nich między innymi: elektroniczna kartoteka medyczna, elektroniczna historia choroby, elektroniczna rezerwacja wizyt, skomputeryzowane wprowadzanie zleceń medycznych, elektroniczny transfer recept, system archiwizacji i przechowywania obrazów, indywidualny zapis choroby i stanu zdrowia, portale pacjentów, telemedycyna, analityka

biznesowa – BI (Business Intelligence), identyfikacja radiowa i kodowanie kreskowe [Dygas, 2009].

Według analizy Frost & Sullivan, globalnej firmy doradczej, pt. „Społeczne i ekonomiczne korzyści z zastosowania systemów informatycznych w polskiej służbie zdrowia”, Polska znajduje się poniżej średniej europejskiej we wszystkich praktycznie obszarach związanych z informatyzacją służby zdrowia. Placówki medyczne wykazują niższy poziom akceptacji systemów informatycznych niż większość sektorów usługowych w Polsce [Lewandowska, 2010].

Obecnie Polska jako członek UE korzysta z różnych programów dofinansowania informatyzacji, które zostały uruchomione. Znaczna część szpitali już zakończyła lub jest w trakcie wdrażania systemów wspomagających działalność podstawową, jak: HIS – Hospital Information System czy innych systemów stosowanych w lecnictwie otwartym. Systemy te mają na celu archiwizację, przetwarzanie i udostępnianie danych związanych z realizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Jest to fundament, który integruje i łączy w sobie rozmaite aplikacje służące bieżącemu funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej, takie jak finanse, księgowość, kadry, jak również część służącą do obsługi pacjenta. Zarówno inicjatywy polskiego rządu, jak i wsparcie finansowe Unii Europejskiej, przyczynią się do szybszego wprowadzenia systemów informatycznych w placówkach służby zdrowia.

Co to jest Business Intelligence i Hurtownia Danych?

Business Intelligence jest pojęciem bardzo szerokim. Termin ten określa zarówno klasę oprogramowania, jak i usługi związane ze zbieraniem informacji. [Bies 2008, s. 63]. Jedna z definicji mówi, że BI to zbiór praktyk, metodyk, narzędzi i technologii informatycznych, służących zbieraniu i integrowaniu danych w celu dostarczania informacji i wiedzy właściwym osobom, we właściwym miejscu oraz we właściwym czasie. Z punktu widzenia systemu informatycznego Business Intelligence pozwala na analizę zawartości baz danych. Dość dobrze sens BI oddaje jeden z popularnych sloganów marketingowych, mówiących że jest to „dostarczanie właściwej informacji, właściwym osobom we właściwym czasie” [Choiński 2011].

Efektywne eksploatowanie narzędzi BI jest mocno uzależnione od utworzenia Hurtowni Danych, która pozwala na ujednolicenie i powiązanie danych zgromadzonych z różnorodnych systemów informatycznych

zakładu dla **celów analizy, raportowania i budżetowania**. W skład hurtowni wchodzi zbiory danych pochodzących z wielu źródeł, z wszystkich pozostałych systemów bazodanowych w organizacji, są one zintegrowane i przeznaczone wyłącznie do odczytu. Funkcjonalności Business Intelligence – raportowania oraz analityczne umożliwiają zidentyfikowanie szans i zagrożeń w ZOZ-ie, a funkcje planowania i symulacji budżetu pozwalają na skuteczne zarządzanie ograniczonymi budżetami oraz wczesne rozpoznawanie potencjalnych problemów finansowych.

W założeniach systemów BI decydent po pierwsze natychmiast zauważa problem i konstruuje w swoim umyśle sposób jego rozwiązania, a po drugie, uruchamiając procesy myślowe, tworzy alternatywy rozwiązania. Wybrany wariant rozwiązania ostatecznie wpływa na sytuację decyzyjną. BI wspiera proces odnajdywania i rozwiązywania problemu [Twardowski 2011].

Dlaczego potrzebne jest zastosowanie systemu BI w służbie zdrowia?

Kluczowym czynnikiem sukcesu staje się dostęp do informacji, szybkość podejmowanych decyzji oraz ich skuteczność. Ci, którzy nie dopasują się do zachodzących zmian, tracą swoją pozycję względem liderów. Dostępność informacji, a następnie przetwarzanie jej i analiza jest niezwykle pomocnym elementem zarządzania, jak również może uprzedzić lub zminimalizować straty związane z kryzysem lub innymi zdarzeniami. Potrzeba analizy wielorakich danych jest oczywista, natomiast jej praktyczne stosowanie napotyka wiele trudności. Można je ująć następująco: gdzie zapisano potrzebne dane i jak z nich skorzystać, ile czasu należy poświęcić na ich uzyskanie, w jakiej formie będą one użyteczne, by wykonać analizę odpowiednią do danego problemu, czy dane te są pełne i satysfakcjonujące dla podjęcia skutecznej decyzji. Nieumiejętność odpowiedzenia na powyżej postawione pytania jest barierą w stosowaniu analizy danych we wspomaganiu decyzji.

Jednostki służby zdrowia od wielu lat zmagają się z narastającymi wymaganiem dotyczącymi sprawnego zarządzania. Jednym z kluczowych aspektów są kwestie dotyczące rozkładu kosztów, wielkości przychodów, stopnia realizacji kontraktu, przepływu pacjentów, zużycia materiałów i leków oraz organizacji pracy personelu medycznego. Rozpatrując czynniki wpływające na pracę szpitala, pojawiają się pytania, którym musi sprostać zarządzający placówką. Odpowiedzi na tego typu pytania wymagają ogromnej ilości danych, opracowania wykresów oraz często zatrudnienia dodatkowej osoby zajmującej się analizami [Bies 2008, s. 63].

W placówkach medycznych zauważa się proces żmudnego przekształcania i analizowania danych przez działy księgowe, analiz i rozliczeń oraz trudności w generowaniu zestawień dla potrzeb analiz i podejmowania decyzji. Wynika to z tego, iż pracownicy administracyjni zmuszeni są do sięgania do wielu źródeł danych (raporty finansowe, raporty apteczne, raporty ilości udzielonych porad itd.). Dane wyciągane z systemów informatycznych ZOZ-u są dostępne w różnych formatach i rodzajach plików, nie są także powiązane ze sobą, są niespójne, często o wysokim prawdopodobieństwie błędu. Spora ilość zestawień generowanych jest nadal z dokumentacji papierowej. Brak spójności między danymi medycznymi a np. finansowymi, brak porównań, trendów i wysoki poziom ogólności oraz brak możliwości wnikliwej oceny, nakładający się natłok spraw bieżących powodują nieświadome niezauważanie przez dyrektora problemów podległej mu placówki. Brak wystarczających informacji do zrozumienia przyczyny danego zjawiska, prześledzenia go w czasie, informacji o nim na poziomie ogólności, brak możliwości uszczegółowienia powodują często trudności w znalezieniu rozwiązania. W efekcie po żmudnej pracy zbierania danych i wykonaniu przejrzystej analizy... ona się dezaktualizuje. Podjęcie więc szybkiej decyzji o charakterze taktycznym w takich warunkach jest niezmiernie trudne. Jednak obszary informacji potrzebnych do procesu decyzyjnego kierownika zakładu są tak wymagające, iż podlegli mu pracownicy administracyjni generują raporty, zestawienia, sprawozdania, a tym samym dyrektor próbuje zestawić to w całość, budując pełny obraz funkcjonowania jednostki. Potrzeby w zakresie pełnej informacji o zakładzie powodują konieczność angażowania wielu osób w proces tworzenia raportów, a to wpływa na wysokie koszty działania systemu raportowania i informowania zarządu.

Doskonale taką sytuację opisuje Zdzisław Białowas, Dyrektor ZOZ MSWiA w Rzeszowie: „Nad przygotowywaniem interesujących nas raportów pracowały nieraz całe zespoły ludzi z różnych obszarów działalności szpitala, takich jak statystyka i rozliczenia, finanse i księgowość, kadry i płace. (...)Brakowało przede wszystkim informacji umożliwiających ocenę rentowności poszczególnych działalności szpitala. (...)Nie było natomiast wiadomo, na których świadczeniach w ramach oddziałów szpital zarabia, a na których traci oraz które koszty tych świadczeń są zoptymalizowane, a które wymagają optymalizacji Skuteczne zarządzanie placówką utrudniał również brak wiedzy na temat przyczyn problemów na oddziałach charakteryzujących się słabszymi wynikami i tego, które jednostki organizacyjne, generujące koszty

pośrednie, mogą być odpowiedzialne za ich problemy z rentownością” [Białowas 2010]. Poniższy obraz pokazuje opisaną sytuację.

Rys.2. Proces sporządzania analiz w służbie zdrowia.



Źródło: BMM Sp. z o.o.

Dlatego kluczowym czynnikiem w ochronie zdrowia powinien być rozwój sektora rozwiązań informatycznych dostarczających informacji zarządczej i wspomagających proces zarządzania (BI). Obecnie wiele przedsiębiorstw nie wyobraża sobie funkcjonowania bez wsparcia informatycznych narzędzi analitycznych w zarządzaniu.

Korzyści z zastosowania BI i Hurtowni Danych w ochronie zdrowia

Każdego dnia swej działalności jednostka medyczna gromadzi ogromną ilość danych, ich ilość i złożoność skłania do rozwiązania problemów w podejmowaniu decyzji poprzez zbudowanie własnej Hurtowni Danych, w oparciu o doświadczenie firmy informatycznej udostępniającej takie możliwości. Stosowanie Hurtowni Danych pozwala na uporządkowanie i usystematyzowanie zasobów informatycznych w organizacji oraz daje możliwość opanowania danych rozproszonych po różnych systemach informatycznych, plikach i dokumentach [Bies 2008, s. 63].

W służbie zdrowia najczęściej stosuje się hurtownie danych zagregowane w pewne wymiary: np.: koszty, kontrakty, leki, kadra, laboratorium, gdzie w strukturze systemu znajdują się wartości miar, np. liczba pacjentów, wielkość przychodów z kontraktów, liczba wykonanych badań itd.

Poprzez ułatwienie dostępu do tych informacji wszelkie podejmowane decyzje są efektywniejsze. Zwiększa się jakość planowania, prognozowania

i określania strategii opartej na rzetelnej i aktualnej informacji. Przyspieszeniu ulegają analizy, a jednoznaczna ocena sytuacji ekonomicznej jednostki staje się prostsza [BMM Sp. z o.o., 2010]. Dzięki wdrożeniu aplikacji użytkownik znacznie szybciej odkrywa przyczyny zjawisk i zależności pomiędzy nimi – co pozwala szybko reagować – w celu zmniejszenia kosztów, podniesienia przychodów i zysków, czyli tych kategorii ekonomicznych, które ostatecznie wpływają na rentowność.

Przedstawiając najistotniejsze korzyści, można zauważyć, iż dane są ułożone przejrzyste, a to powoduje szybkie wykrywanie nieprawidłowości występujących w działaniu organizacji. Drugim korzystnym aspektem aplikacji jest przede wszystkim możliwość spojrzenia na organizację jak na całość, ale też łatwość i szybkość odnajdywania najbardziej szczegółowych informacji. Jedną z najważniejszych zalet Hurtowni Danych jest możliwość analizy danych pod względem wielomiarowym i wieloprzekrojowym, których to danych ZOZ nie był wcześniej w stanie porównać ze względu na trudność i czasochłonność takich analiz (np. jednoczesna analiza i kontrola np. kosztów w podziale na oddziały, ośrodki powstawania kosztów, rodzaje usług, jednostki chorobowe itp.). I co najważniejsze – dane te, o jak największym stopniu skomplikowania i szczegółowości, otrzymuje się natychmiast (w ciągu kilku sekund).

Pozostałe niezmiennie przydatne funkcjonalności aplikacji to skalowalność (dostosowanie systemu do dowolnej skali problemu), porównywanie danych rzeczywistych z historycznymi, wyznaczanie trendów, sortowanie, filtrowanie, drażnienie danych (uszczegóławianie do najdrobniejszego szczegółu).

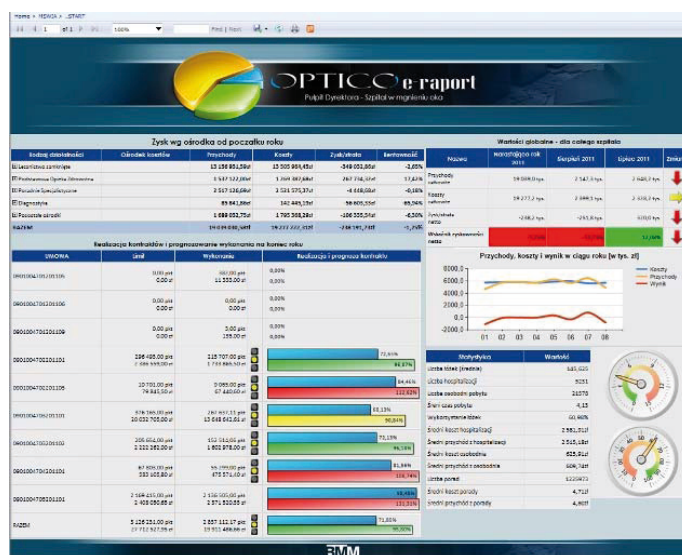
Na poziomie budżetowania aplikacja skraca czas na tworzenie budżetu, umożliwia monitorowanie i wprowadzanie korekt, analizę porównawczą, odchyłeń wartości planowanych i zrealizowanych, śledzenia postępu prac nad przygotowywanym budżetem, zdefiniowania wielu budżetów, dodania do budżetu pozycji nieistniejących wcześniej, a następnie skojarzenia ich z wykonaniem, planowania opartego na rzeczywistych wykonaniach.

Znaczące jest też to, iż aplikacja pokazuje dane zarówno w formie liczbowej, jak i graficznej (możliwa jest różnorodna wizualizacja graficzna). Dane podane są w prostej formie, co powoduje ułatwienie analizy również osobom, które bezpośrednio nie zajmują się np. finansami jednostki. Poruszanie się po systemie jest bardzo proste, nawet dla zupełnie początkujących użytkowników [BMM Sp. z o.o., 2010].

Osobnym tematem, na który chciałam zwrócić szczególną uwagę, jest nowoczesny system controllingowy dla zarządzających – *PULPIT MA-*

NAGERA – niezmiernie przejrzysty i elastyczny sposób raportowania, wykorzystywany na bazie Hurtowni Danych. Pulpit managera w istocie powoduje rewolucję i jego przydatność dla dyrektorów jednostek służby zdrowia jest nieoceniona. W przemyśle jest on standardem dobrze prosperujących firm. Elastyczność polega na tym, iż pulpit tworzy się w oparciu o najważniejsze potrzeby managera, on sam ustala wskaźniki, które chce monitorować, decyduje o sygnałach reagowania, kiedy wskaźniki przestają spełniać poziomy oczekiwane. Pulpit zawiera codziennie aktualizowane dane. Na poziomie pulpitu można również stosować technikę drążenia danych – od ogółu do szczegółu [Szanser 2011]. Przejrzystość i sygnalizacja graficzna pulpitu mówi sama za siebie.

Rys. 3. Pulpit managera ZOZ-u.



Źródło: materiały marketingowe BMM Sp. z o.o.

W pulpicie dyrektora zestawione mogą być: zyski (przychody, koszty, rentowność) wg ośrodków powstawania kosztów oraz dla całej jednostki, realizacje i prognozowanie poszczególnych kontraktów z NFZ, liczba, grupy zawodowe i miejsce zatrudnionych pracowników oraz statystyka medyczna (np. liczba hospitalizacji, liczba osobodni, obłożenie łóżek, średni koszt i przychód z leczenia pacjenta).

I warto tutaj pamiętać, że odbiorcą rozwiązań pulpituowych nie zawsze musi być główne kierownictwo, często są nimi także kierownicy poszczególnych podjednostek.

Przykładowe obszary analiz z wykorzystaniem Hurtowni Danych

Za pomocą Hurtowni Danych można wykonać analizy dla ZOZ z następujących obszarów: kontrakty, koszty, laboratorium, leki, kadry. Przykładowe możliwe analizy przedstawiam poniżej:

I. Analiza kosztów wg ośrodków powstawania kosztów:

- z podziałem na bezpośrednie i pośrednie i ich udział w koszcie całkowitym,
- koszty rodzajowe (materiały, leki, wynagrodzenia),
- koszty szczegółowe (np. rodzaj kosztów typu leki w ramach materiałów),
- grupy kosztów (np. koszty wynagrodzeń lekarzy na umowę o pracę i kontraktowych),
- z perspektywy podziału kosztów na stałe i zmienne,
- z perspektywy kolejnych okresów rozliczeniowych (trendy miesięczne kosztów).

II. Analiza kosztów jednostkowych:

- uśrednione koszty, np. na jedną hospitalizację, poradę, łóżko, oddział, na jednego lekarza specjalistę, jeden etat lekarski itp.,

III. Analiza źródeł kosztów:

- koszty pośrednie z ośrodków usługowych (pralnia, pracownie), które otrzymują ośrodki zadaniowe takie jak oddział szpitalny,
- rozkład kosztów pośrednich z różnych źródeł ze względu na podział rodzajowy, koszty szczegółowe, grupy kosztów.

IV. Analiza leków:

- koszty leków podanych pacjentom wg jednostek chorobowych, lekarza wypisującego, rodzaju i ilości leków,
- koszty hospitalizacji przewyższające średnią dla danej jednostki chorobowej,
- wskazywanie lekarzy leczących najdrożej i najtaniej dane jednostki chorobowe,
- zależności pomiędzy kosztami leków, czasem trwania hospitalizacji, jednostkami chorobowymi i zestawieniem stosowanych leków,
- wykazywanie strat wynikających ze słabo rotujących, przeterminowanych leków,
- wykazywanie nieprawidłowości w zakresie wzrostu zużycia jakiegось leku, podawania leków niezwiązanych z jednostką chorobową, w zbyt wysokich dawkach jak na jednostkę chorobową, podawania leków w postaci droższej,

- zakażeń szpitalnych które skutkują zwiększoną ilością np. antybiotyków [BMM Sp. z o.o., 2010].

Zgodnie z przykładami podobnie można analizować kontrakty, pracę laboratoriów, obszar kadr, wzajemnie nakładając na siebie dane. To oczywiście telegraficzny skrót wybranych obszarów analitycznych, dzięki którym można stwierdzić, że mamy do czynienia z prawdziwie kompleksowym rozwiązaniem informatycznym, które dbając o każdy aspekt funkcjonowania jednostki, jest nieocenionym doradcą dla kierujących placówką medyczną.

Wnioski

Managerom ochrony zdrowia do skutecznego zarządzania potrzebne są jak najbardziej aktualne informacje, które ułatwiają podejmowanie decyzji co do funkcjonowania jednostki. Obecne zaawansowane technologie informatyczne pozwalają zarządzającym ZOZ sięgać po narzędzia typu Hurtownia Danych. Tego typu oprogramowanie stanowi naturalne dopełnienie systemów informatycznych funkcjonujących w szpitalach. Dzięki Hurtowni wszystkie dane i informacje, znajdują się w jednym miejscu, niezależnie od źródeł ich pochodzenia. To pozwala na dotarcie do spójnej informacji, a przede wszystkim do spojrzenia na organizację, jako na całość, na szybkie i łatwe analizowanie ogólnych danych oraz odnajdywanie szczegółowych informacji potrzebnych do podejmowania trafnych decyzji. Korzystanie z narzędzi analitycznych powoduje szybkie wykrywanie nieprawidłowości występujących w działaniu organizacji i procesach w niej zachodzących w celu ciągłego doskonalenia i funkcjonowania zakładu. Dlatego warto skupić się na integracji istniejących systemów w jednostkach ochrony zdrowia w duże Hurtownie Danych. A w wyborze najlepszego oprogramowania kierować się tym, w jak szerokiej skali dany program jest w stanie pokryć wszelkie potrzeby placówki medycznej. Sprawdzić należy również, czy proponowane oprogramowanie funkcjonuje w innych referencyjnych ZOZ-ach, gdyż tylko firmy wdrażające Hurtownie Danych w jednostkach służby zdrowia, a nie przemysłu, znają specyfikę tego sektora usług.

Bibliografia

- Białowas Z. (2010), *Case Study, Wdrożenie Hurtowni Danych i Optico w MSWiA w Rzeszowie*, s.3.
- Bies G. (2008), *Business Intelligence w ochronie zdrowia* [w:] red. Wróbel Z., *Zarządzanie*

i technologie, Technologie Informacyjne w Medycynie, s.63.

Błaszowski G., Szanser P. (2011), *Controlling a rozwiązania IT* [w:] „Magazyn Controlling” 14/2011, www.magazyncontrolling.pl, 24.02.2012

BMM Sp. z o.o., (2010, 2011) materiały marketingowe OPTICO.

Choiński M. (2011), *Business Intelligence*, [w:] Business Intelligence Portal, <http://bi.pl/keyword/1-business-intelligence>, 25.02.2012

Dygas M. (2009), *Barometr zdrowia*, [w:] „Gazeta Bankowa”, <http://www.telemedicus.pl/content/gb-barometr-zdrowia>, 24.02.2012

Lewandowska J. (2010), *Popularyzacja systemów informatycznych w służbie zdrowia kluczem do rozwoju rynku* [w:] Frost & Sullivan, www.frost.com, 23.02.2012

Podlewski J. (2010), *Kontrola zarządcza a zarządzanie ryzykiem* [w:] Ryzykonomia, <http://www.ryzykonomia.pl/2010/10/kontrola-zarzadcza-i-zarzadanie.html>, 22.02.2012

Szanser P. (2011), *Pulpit managerski, czyli jak efektywnie zarządzać organizacją nie tylko w trudnych czasach* [w:] „Magazyn Controlling” 14/2011, www.magazyncontrolling.pl, 24.02.2012

Tkaczyk T. (2009), *Identyfikacja przyczyn wzrostu ryzyka przedsiębiorstw*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, <http://www.sgh.waw.pl/katedry/karik/Referaty/Referat3/>, 24.02.2012

Twadowski Z., Stanek S., Kostrubala S. (2011), *Business Intelligence* [w:] BI.PL - Business Intelligence Portal, www.bi.pl, 22.02.2012

Benedykt Bober

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

*Ekonomia to jest nauka o narzędziach
ułatwiających społeczeństwu życie.
W ekonomii nie chodzi o piękno, ale o przetrwanie* [Sachs 2009, s. 34].

Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym

Streszczenie: Próbę dostosowania rachunku kosztów do nowych wymagań oraz uwarunkowań przedsiębiorstwa medycznego stanowią metody rachunku kosztów oparte na analizie działań i procesów (*ABC – Activity Based Costing*). Powstał on w odpowiedzi na zapotrzebowanie właściwych informacji dotyczących zaangażowanych zasobów oraz kosztów ich zużycia w procesie świadczenia usługi szpitalnej.

Wprowadzenie rachunku kosztów działań wymaga procesowej dekompozycji szpitala/oddziału, przeprowadzenia analizy działań realizowanych w szpitalu/oddziale oraz przypisania ich do procesów głównych służących osiągnięciu wiązek celów przedsiębiorstwa medycznego (procesowe ujęcie działalności podstawowej).

Pojęcie zarządzania kosztami działań *ABM – Activity Based Management* ukształtowało się pod wpływem informacji uzyskanych z rachunku *ABC*. *ABM* umożliwia racjonalizację kosztów szpitala publicznego poprzez uzupełnianie się zarządzania operacyjnego oraz strategicznego. Ułatwia to proces podejmowania decyzji w zakresie planowania i projektowania usług szpitalnych.

Of conditioning of the implementation of the bill of charges the ABC in the medical enterprise

Abstract: Attempt to adapt to the new cost accounting requirements and conditions of the medical companies are costing method based on an analysis of activities and processes (*ABC - Activity Based Costing*). It was formed in response to demand the appropriate information on resources and costs involved in their use in the hospital service.

Introduction of activity based costing requires a process of decomposition hospital / ward, to analyze the activities of the hospital / ward, and assign them to the main processes for achieving the company objectives of medical beams (Process approach to the core).

The concept of Activity Based Management *ABM - Activity Based Management* was formed under the influence of information obtained from the account of *ABC*. *ABM* allows the rationalization of public hospital costs by complementing the operational management and strategic. This facilitates the decision making process in planning and design of hospital services.

Wprowadzenie

Procesy globalizacji w coraz większym stopniu wpływają na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności na zmiany w strukturze oraz funkcjach przedsiębiorstwa medycznego. Ze względu na szybki postęp technologii szpitalnych, wiedzy specjalistycznej oraz związanych z tym kosztów, lokalizacja wysokospecjalistycznych ośrodków szpitalnych wymaga koncentracji sił i środków w wybranych miejscach wg kryterium optymalnej dostępności, czyli zastosowania kryterium centralizacji sił i środków na danym obszarze geograficznym (sieci szpitali publicznych).

Zmiany w rynkowym i pozarynkowym otoczeniu przedsiębiorstwa medycznego coraz częściej zaskakują jego kadre, zachodzą bowiem szybciej niż jest ona w stanie świadomie reagować. Działania mechanizmów rynkowych przyspieszają ów proces, zmuszając przedsiębiorstwo medyczne do racjonalnego oraz efektywnego zarządzania posiadanymi zasobami.

Funkcjonowanie (proces świadczenia usługi szpitalnej) musi być zorientowane na wzrost poziomu efektywności działania (przestrzeganie zasad rachunku ekonomicznego i społecznego). Mechanizm rynkowy zmusza do racjonalizacji postaw i sposobu myślenia oraz działania.

W kontekście powyższego należy stwierdzić, że działalność przedsiębiorstwa medycznego oraz postawa na rynku są potwierdzeniem świadomości owego przymusu, czego wyrazem jest ciągle poszukiwanie skutecznych metod wykorzystania posiadanych przez nie zasobów.

Próba przezwyciężenia może być implementacją rachunku kosztów działań *ABC*, czyli systemu powiązanych ze sobą wskaźników (nośników) kosztów dotyczących różnych wymiarów równowagi ekonomicznej przedsiębiorstwa medycznego

Podjęcie procesowe jest warunkiem uzyskania pozytywnych efektów w zarządzaniu kosztami działań. Jest również narzędziem kontroli efektywności wykorzystania posiadanych zasobów w procesie świadczenia usługi szpitalnej przez zespół diagnostyczno-terapeutyczny.

Ograniczoność dostępnych zasobów będących do dyspozycji interdyscyplinarnego zespołu jest czynnikiem sprawczym wdrożenia rachunku kosztów *ABC*. Bo jak to kiedyś napisał K. Arrow [1985, s. 10]: „Tu rola

ekonomisty jest niekiedy nieprzyjemna. (...) Łatwo może się zdarzyć, że działanie, które na pozór jest oczywistym sposobem zrealizowania pewnych pożądaných wartości, w rzeczywistości może często prowadzić do ich przeciwnieństw”.

Cele i zadania rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym

Tradycyjne systemy rachunku kosztów odznaczały się wadą, która zdecydowała o rozwinieciu koncepcji rachunku kosztów działań. Dotyczyły one kosztów wytworzenia oraz koncentracji na kosztach bezpośrednich. Ich poprawność oraz użyteczność uzależniona jest od udziału kosztów bezpośrednich w kosztach całkowitych. W przedsiębiorstwie medycznym ważnym mankamentem tradycyjnym rachunków kosztów jest złożoność procedur usługi szpitalnej, która utrudnia zastosowanie tradycyjnych metod kalkulacji. Wymagają one zastosowania wielu uproszczeń, które powodują zniekształcenia o trudnych do uchwycenia skutkach.

Nowoczesne systemy rachunku kosztów działań zorientowane są na wspomaganie procesów zarządzania strategicznego nie tylko przez dostarczanie informacji, ale również organizację procesu gromadzenia i przetwarzania danych oraz sprawozdawczość kosztową, która przyczynia się do zachowania konkurencyjności w długim okresie.

Rachunek kosztów działań należy do grupy nowoczesnych systemów rachunku kosztów. Wskazaniami wdrożenia do przedsiębiorstwa medycznego są m.in.:

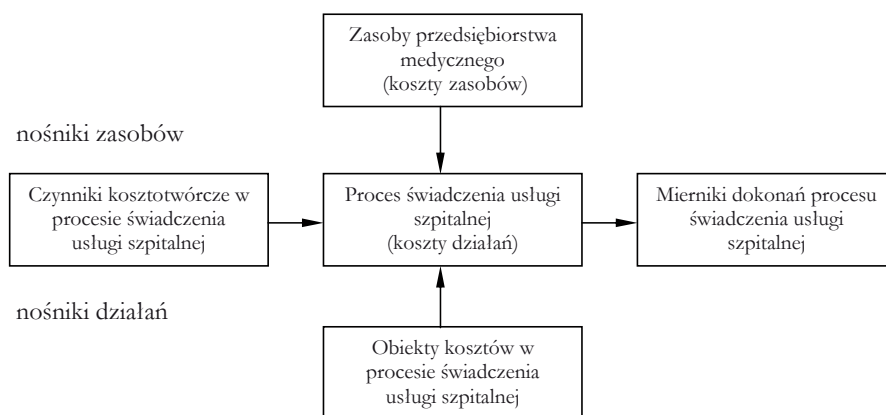
- **procesowy charakter świadczeń usługi szpitalnej**, które są opisywane w postaci standardów (ścieżek postępowania szpitalnego) określających działania w zakresie diagnozy, leczenia, zapobiegania i kontroli, a więc całość procesu przywracania i utrzymania zdrowia. Procesowy charakter podkreślają istniejące klasyfikacje medyczne chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, klasyfikacja procedur medycznych ICD-9, jednorodnych grup pacjentów (*DRG-diagnosis-related group*),
- **wymagania systemów finansowania świadczeń szpitalnych** – płatnicy mogą wymagać, w celu zachowania kontroli nad kosztami, zastosowania przejrzystego systemu kalkulacji kosztów wykonanych świadczeń.

Rachunek kosztów działań wymaga procesowej dekompozycji szpitala/oddziału, czyli przeprowadzenia analizy wszystkich działań oraz przypisania ich do procesów głównych służących osiągnięcia celów szpitala (procesowe ujęcie działalności podstawowej).

Procedura kalkulacji kosztów w rachunku *ABC* rozpoczyna się od ustalenia zasobów nabytych przez przedsiębiorstwo medyczne i wykorzystywanych w jego działalności. Koszty tych zasobów rozlicza się przy zastosowaniu nośników zasobów na poszczególne działania, tworząc koszty działań (rys.1). Zaletą rachunku *ABC* jest możliwość przypisania kosztów szerokiej gamie obiektów kosztowych (produkty, półprodukty, usługi, ale również segmenty rynku, poszczególni pacjenci, dostawcy). Proces pozyskiwania informacji kosztowych umożliwiającą wdrażane standardy medyczne wspomagane zaawansowanymi technologiami informatycznymi.

Koszt jest to wyrażone w pieniądzu celowe użycie/zużycie różnych czynników zaangażowanych w procesie funkcjonowania przedsiębiorstwa medycznego (świadczenia usługi szpitalnej).

Rys.1. Definiowanie kosztów w rachunku ABC w przedsiębiorstwie medycznym



Źródło: Opracowano na podstawie Szychta A., *Time-Driven ABC w kontekście uwarunkowań implementacji rachunku kosztów działań* [w:] Sobańska I., Szychta A. (red.), *Wpływ międzynarodowych i krajowych regulacji sprawozdawczości finansowej i audytu na zmiany w praktyce rachunkowości*, Łódź 2007r., s. 271.

Cechą charakterystyczną tych kosztów jest m.in.:

- wyrażenie w pieniądzu,
- poniesienie w określonym celu, jakim jest np. proces świadczenia usługi szpitalnej,
- odwzorowanie stopnia zużycia czynników w danym procesie świadczenia usługi szpitalnej,
- powiązanie z działalnością przedsiębiorstwa medycznego.

Przyporządkowanie kosztów do adekwatnej grupy określone jest perspektywą, z jakiej należy je szacować, gromadzić oraz poddawać analizie. Wpływa na to, że mogą one być szacowane ze społecznego punktu widzenia zarówno lekarza/szpitala jako świadczeniodawcy, NFZ oraz pacjenta. Zakreśla również na wybór metody analizy, która ma wpływ na podmiot generujący koszty.

Pomiar i ocena dokonań przedsiębiorstwa medycznego jest problemem złożonym oraz wieloaspektowym, wynikającym z wiązek celów, na które składają się m.in. [Hass-Symotiuk, Mucko 2007, s. 87]:

- **cele ekonomiczne**, których realizacja warunkuje zgodę wszystkich interesariuszy przedsiębiorstwa medycznego na uczestniczenie w procesie świadczenia usługi szpitalnej,
- **cele medyczne**, które uzasadniają istnienie przedsiębiorstwa medycznego (świadczenie usług szpitalnym pacjentom),
- **cele społeczne** interesariuszy z dalszego otoczenia przedsiębiorstwa medycznego.

Przedsiębiorstwo medyczne funkcjonuje w warunkach ograniczonych zasobów. Zastosowanie systemu pomiaru oraz oceny dokonań w ramach rachunku kosztów ABC może prowadzić do poprawy efektywności wykorzystania zasobów bądź założonych efektów klinicznych przy ściśle określonych środkach finansowych.

Jednym z głównych celów przedsiębiorstwa medycznego jest uzyskanie wysokiej jakości usługi szpitalnej, która jest podstawowym wyznacznikiem zadowolenia oraz satysfakcji zdrowotnej pacjenta. Brak oznacza niższe wyniki ekonomiczne przedsiębiorstwa medycznego/lekarza.

Jakość to również kompleksowość usługi szpitalnej złożonej m.in. z procesów profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opartej na faktach, *EBM – Evidence Based Medicine*, a także efektywnej, bezpiecznej, świadczonej we właściwym czasie. To również elementy wymierne, które zależą m.in. od posiadanej aparatury szpitalnej oraz kwalifikacji kadry medycznej.

Adekwatna jakość usług szpitalnych odgrywa dużą rolę w procesie pomiaru kosztów. Przykładowym miernikiem może być relacja ponoszonych kosztów do uzyskanych rezultatów w procesie świadczenia usługi szpitalnej. Rachunek kosztów w procesie świadczenia usługi szpitalnej powinien uwzględniać logiczne powiązanie następujących elementów, tj. klasyfikacji kosztów, a także przypisania kosztów do wyodrębnionych nośników kosztów.

Proces podejmowania decyzji jest uzależniony od posiadania tzw. informacji ekonomicznej. Rachunkowość jest takim właśnie systemem ewiden-

cyjnym, który może być traktowany jako system informacyjny dostarczający informacji ekonomicznej. Informacje, które uzyskujemy dzięki rachunkowości, to także informacje o kosztach. W rachunkowości kategorię kosztu wiąże się z określonymi nośnikami kosztów (usługa, pracownik, pacjent, poradnia, administracja, wynagrodzenie, procedura) – koszt powinien być przydzielony do obiektu kosztowego.

W przedsiębiorstwie medycznym (opiece zdrowotnej) wykorzystywana jest zasada solidaryzmu społecznego, co tym bardziej powinno być motywujące do racjonalnego wydatkowania środków finansowych. Rachunek kosztów *ABC* jest odpowiedzią na niedoskonałość tradycyjnego systemu alokacji kosztów pośrednich oraz uwzględnianiu w kalkulacji kosztu usługi szpitalnej jedynie krótkookresowych kosztów zmiennych. W praktyce rachunek *ABC* opiera się na zasadach Williego Suttona:

- nakazujących szukania obszarów o dużych oraz rosnących kosztach zasobów pośrednich i pomocniczych,
- oraz zasady dużej różnorodności nakładającej obowiązek poszukiwania obszarów charakteryzujących się dużą różnorodnością usług, pacjentów.

Rynek usług szpitalnych charakteryzuje się dużą różnorodnością usług oraz pacjentów. Brakuje jednak adekwatnych informacji o strukturze kosztów. Przez identyfikację procesów diagnostyczno-terapeutycznych rozumie się sekwencję działań realizowanych w przedsiębiorstwie medycznym, celem jest:

- ustalenie, jakie procesy są realizowane,
- zdefiniowanie działań w ramach procesów,
- opisanie przebiegu procesu,
- charakterystyka działań i procesów poprzez ich parametryzację.

Wynikiem kalkulacji jest ustalenie jednostkowego kosztu usługi szpitalnej na podstawie działań (procesów), które składają się na daną usługę. Rachunek kosztów *ABC* pozwala w przedsiębiorstwie medycznym na racjonalne gospodarowanie zasobami oraz na zarządzanie rachunkiem kosztów poprzez określenie kosztów procesu leczenia pacjentów.

Zarządzanie kosztami w przedsiębiorstwie medycznym

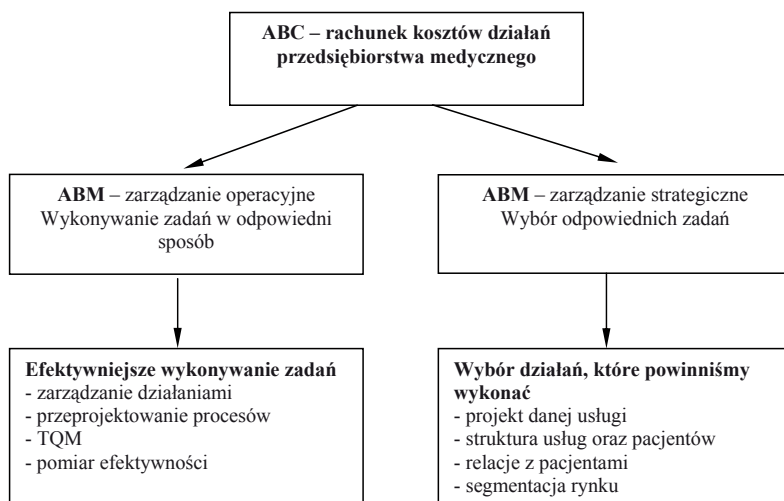
„Istotą zarządzania kosztami jest podejmowanie działań, które mają doprowadzić do redukcji ponoszonych kosztów głównie przez doskonalenie procesu gospodarczego, a zwłaszcza zwiększenie skuteczności działania i efektywności wykorzystania zasobów” [Nowak 2006, s. 15] przedsiębiorstwa medycznego.

W zarządzaniu kosztami zorientowanymi na strategię przedsiębiorstwa medycznego zdaniem autora zakłada się, że wynikiem podejmowania decyzji (strategicznych) w procesie świadczenia usługi szpitalnej jest ponoszenie kosztów celem dostosowania się do gwałtownych zmian w otoczeniu oraz nasilonej konkurencji uwzględniających wymagania jakościowe pacjentów. Decyzje te kształtują poziom oraz strukturę kosztów w długim okresie.

Pojęcie zarządzania kosztami działań *ABM* – *Activity Based Management* ukształtowało się pod wpływem informacji uzyskanych z rachunku *ABC* (rys.2.). *ABM* umożliwia racjonalizację kosztów przedsiębiorstwa medycznego poprzez przenikanie zarządzania operacyjnego oraz strategicznego. Ułatwia to podejmowanie decyzji w zakresie planowania oraz projektowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Rachunek kosztów działań jest metodologią rozliczania kosztów pośrednich przez działania na produkty, stanowiąc nową metodę ich pomiaru i kalkulacji. Zgodnie z nią koszty pośrednie rozliczane są na produkty w oparciu o wiele różnych podstaw kalkulacji [Wroński 2005, s. 110] – przejrzysty obraz zysków oraz ponoszonych strat.

Rys.2. *ABC* – *ABM* – narzędziem poprawy jakości działań – podejmowania decyzji w procesie świadczenia usługi szpitalnej



Źródło: Opracowano na podstawie: Kaplan R.S., Cooper R., *Zarządzanie kosztami i efektywnością*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000r., s. 21.

Precyzyjna informacja kosztowa (nt. rentowności oddziału) uzyskana z wdrożenia rachunku kosztów działań sterowanego czasem umożliwia

podjęcie właściwych decyzji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Całkowity koszt obsługi danego pacjenta jest sumą kosztów wszystkich działań zrealizowanych na jego rzecz [Zieliński 2005, s. 46].

Umożliwia to opłacalność podejmowanych przedsięwzięć oraz pomyślne funkcjonowanie przedsiębiorstwa medycznego w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu.

Zarządzanie kosztami oraz efektywnością ma na celu identyfikację możliwości usprawnień i uzyskanie trwałej poprawy efektywności funkcjonowania przedsiębiorstwa medycznego w oparciu o analizy realizowanych procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Umożliwiają one m.in. poprawę efektywności działania, redukcję kosztów oraz poprawę rentowności przedsiębiorstwa medycznego.

Zarządzanie kosztami działań, a w tym prawidłowe klasyfikowane kosztów i przydzielanie kosztów do wyodrębnienia obiektów kosztowych to niezwykle ważny problem, który można zidentyfikować także, a może przede wszystkim w przedsiębiorstwie medycznym [Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej D.U. Nr 164 poz.1194 z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej]. Regulacje zawarte w rozporządzeniu narzucają pewne szczegółowe zasady prowadzenia rachunku kosztów (istnieje pewna dowolność w uszczegóławianiu struktury kosztów, ośrodków odpowiedzialności oraz nośników kosztów).

Nawiązując do definicji rachunku kosztów, proces zarządzania kosztami można podzielić na:

- fazę identyfikowania oraz gromadzenia informacji o kosztach warunkowaną zastosowaniem prawidłowych struktur klasyfikacyjnych kosztów,
- oraz fazę przetwarzania, prezentowania oraz interpretowania informacji o kosztach.

Procesy te służą dokonywaniu ocen oraz podejmowaniu decyzji przez kadrę zarządzającą. Celem optymalizacji rachunku kosztów w ramach pierwszej fazy należy określić, jakie kryteria podziału kosztów są niezbędne oraz cel, względem którego będzie zachodziła potrzeba analizowania kosztów.

W analizie kosztów i korzyści uwzględniono znaczenie horyzontu czasowego, w którym świadczona usługa szpitalna będzie oddziaływać na pacjenta (otoczenie) oraz jej zasięg. Przyjęte podejście implikuje konieczność uwzględnienia wszystkich mających znaczenie kosztów i korzyści, w celu

dokonania szacunku społecznej efektywności procesu świadczenia usługi szpitalnej.

Osiągnięcie efektywności społecznej i ekologicznej (zintegrowanej z efektywnością ekonomiczną) ma miejsce przy optymalnej alokacji dostępnych zasobów oraz przy efektywnym zachowaniu podmiotu gospodarczego, jakim jest szpital publiczny.

Podstawą efektywności ekologicznej jest przyjęcie filozofii zarządzania, która stymuluje do pro środowiskowych ulepszeń przynoszących równoległe ekonomiczne korzyści. Kierowanie się efektywnością ekologiczną wpływa na poprawę wartości przedsiębiorstwa medycznego [Sinkin, Wright, Burnett 2008, s. 167].

Bariery usprawniania przedsiębiorstwa medycznego – usługi szpitalnej

Szczególno znaczenia w tym procesie nabierają mechanizmy finansowe. Trafną ocenę formułuje Hans Van Zon: „pojawienie się w (...), gospodarce logiki finansowej, jako logiki dominującej nad wszystkim” [2001, s. 206].

W naszym kraju istnieje wiele nieporozumień dotyczących zasad funkcjonowania przedsiębiorstwa medycznego. Ich główne źródło to niedostateczny rozwój teorii usług szpitalnych oraz zarządzania przedsiębiorstwem medycznym jako naukowych podstaw prowadzenia opieki zdrowotnej, a także niedostatki w rozumieniu współczesnych tendencji w rozwoju szpitala publicznego jako podmiotu świadczącego usługi szpitalne.

Jedną z ważniejszych barier usprawniania procesów świadczenia usługi szpitalnej jest ukształtowana w Polsce tradycja zajmowania się tymi procesami na gruncie nauk medycznych. Podejmowane od kilku lat próby, polegające na wprowadzaniu do swoich prac aparatu pojęciowego zarządzania ogólnego – i w bardzo ograniczonym zakresie zarządzania służbą zdrowia – przedsiębiorstwem medycznym, nie mogą wiele zmienić. Inną jest bowiem logika ekonomisty, lekarza, a jeszcze inna menadżera w przedsiębiorstwie medycznym.

Znamiennym przykładem może być rozumienie zjawiska marketyzacji usługi szpitalnej wywołanego przez procesy reform, polegającej m.in. na realizowaniu mieszanych strategii procesu świadczenia usługi szpitalnej, z co najmniej jedną cechą mechanizmu rynkowego, np. ustalanie cen.

Termin „marketyzacja” odpowiada dość złożonemu określeniu, tj. zarządzaniu procesem świadczenia usługi szpitalnej przy wykorzystaniu mechanizmu typu rynkowego (*managing with market-type mechanisms*). Został za-

proponowany w 2002 r. jako bardziej przydatny, uproszczona propozycja w przekonaniu, że termin ten przyjmie się w naszej literaturze [Kožuch, s. 38–40].

Niestety, problematyka ta nie została jeszcze w dostatecznym stopniu rozpoznana na gruncie zarządzania przedsiębiorstwem medycznym i jest powszechnie mylona z urynkowaniem służby zdrowia. B. Kożuch stwierdziła, że jest to ogromne nieporozumienie, oznaczające poddanie działaniu praw wolnego rynku, wprowadzeniu zasad gospodarki rynkowej, gdy tymczasem chodzi o zmiany w organizacji oraz zarządzaniu procesem świadczenia usługi szpitalnej, a nie prywatyzowanie szpitali publicznych.

Proces marketyzacji usługi szpitalnej jest uznawany za technikę wprowadzania zmian nakierowanych na wdrożenie zasad zarządzania szpitalem publicznym. Kryteria nie są tożsame z ich prywatyzacją, przedstawiają się następująco:

- **ekonomiczność**, czyli jakie warunki powinny być spełnione, by na realizację konkretnego procesu świadczenia usługi szpitalnej przeznaczyć mniej zasobów,
- **skuteczność**, czyli jakie wdrożyć rozwiązania, aby osiągnąć wyznaczone cele – redukcję ryzyka decyzyjnego, wzrostu satysfakcji zdrowotnej pacjenta oraz sprostać oczekiwaniom społecznym – poprawa zdrowotności określonej populacji,
- **sprawiedliwość**, jak zaspakajać określone potrzeby w zakresie usług szpitalnych.

Istotnym źródłem nieporozumień stanowiących barierę w procesie świadczenia usługi szpitalnej są mity związane z zasadą ekonomiczności. Stosowanie tej zasady sprowadzono w przedsiębiorstwie medycznym tylko do jednej jej postaci – do oszczędności, co oznacza pomijanie procesu wydajności.

Pojęcie ekonomiczności w procesie świadczenia usługi szpitalnej obejmuje kryteria wyrażające relację pomiędzy efektami a nakładami [Bielski 1997, s. 114–115]. W gospodarce rynkowej zagregowaną miarą jest zysk. Miernikiem efektywności procesu świadczenia usługi szpitalnej powinna być dynamika nakładów przy tych samych wyrażonych rzeczowo efektach lub potwierdzonych rezultatach w opinii pacjentów.

Odnoszenie kategorii zysku do innych organizacji niż biznesowe, m.in. do przedsiębiorstwa medycznego wywołuje z jednej strony negatywne zjawisko nadmiernej ekonomizacji procesu świadczenia usługi szpitalnej, a z drugiej strony nieprawidłowości w procesie jej zarządzania. Płatnik,

jakim jest NFZ, musi mieć świadomość, że jak nie wszystkie środki pieniężne są kapitałem, tak nie każda relacja pomiędzy efektami a nakładem może być też nazywana zyskiem.

Rozwój usługi szpitalnej wymaga identyfikacji na gruncie zarządzania przedsiębiorstwem medycznym istniejących barier, a następnie zaproponowania zestawu instrumentów doskonalenia procesu świadczenia usługi szpitalnej. Jednym z nich jest rachunek kosztów ABC – instrument usprawniania procesu świadczenia usługi szpitalnej przy jednoczesnym uwzględnieniu zasady sprawiedliwości społecznej. Pozyskane w ten sposób informacje kosztowe (o nośnikach kosztów) pozwalają zarówno kadrze zarządzającej jak i medycznej na skuteczne zarządzanie poziomem oraz stopniem wykorzystania posiadanych zasobów na poziomie szpitala oraz oddziału

Przedsiębiorstwo medyczne musi zdawać sobie sprawę z dynamiki otoczenia i umiejętnie reagować na zmiany. Wymaga to zastosowania takich modeli organizacyjnych oraz procesu świadczenia usługi szpitalnej, które pozwolą na wystarczająco elastyczne reakcje, a nawet wyprzedzające zjawiska rynkowe (profilaktyka pro zdrowotna). Wpływa to na uzyskiwanie coraz lepszej pozycji poprzez wdrażanie nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych, wprowadzania technologii elektrotechnicznych, informatycznych oraz elektronicznych, mających m.in. zastosowanie w rachunku kosztów ABC.

Coraz więcej przedsiębiorstw medycznych rozumie konieczność wprowadzania nowoczesnych, ale już sprawdzonych rozwiązań organizacyjnych, jednak nie zawsze właściwie docenia się rangę problemów pojawiających się w trakcie wdrożeń, takich jak np.:

- niewystarczające przygotowanie przedsiębiorstwa medycznego do wprowadzenia zmian, co powoduje konieczność ponownego wykonania niektórych działań,
- częste wdrażanie zmian technicznych bez uprzedniego przygotowania pozostałych elementów (np. uwzględniania potencjalnych potrzeb pa – obawy we wprowadzaniu zmian, które mogą powodować niedostosowanie tempa ich wprowadzania do tempa i charakteru zmian otoczenia.

Wszystkie wspomniane powyżej cechy nabierają szczególnego znaczenia w kontekście dostosowywania ich do specyfiki przedsiębiorstwa medycznego (innego wymiaru nabierają tu elementy techniczne innego organizacyjne). Dostosowanie wspomnianych rozwiązań do skali potrzeb jest wprawdzie trudne, ale konieczne – poprawa zdrowotności populacji

Prognozowanymi przeszkodami we wdrożeniu *Time-Driven Activity-Based Costing* w przedsiębiorstwie medycznym mogą być m.in. [Januszewski 2005, s. 35]:

- relatywnie wysoka pracochłonność wdrażanego projektu w przedsiębiorstwie medycznym,
- koszt/efekt,
- brak wyspecjalizowanych narzędzi informatycznych,
- ograniczenia systemu ewidencji,
- zbyt duża liczba oferowanego asortymentu (usługi niestandardowe – indywidualizacja potrzeb pacjentów).

Chodzi o to, by przedsiębiorstwu medycznemu nie brakowało tzw. „zdolności manewrowej” do przetrwania oraz rozwoju i skutecznego działania w turbulentnym otoczeniu. Norma zawodowa lekarza wyrażająca się łacińską maksymą *salus aegroti suprema lex esto*, nakazuje czynić wszystko w imię dobra pacjenta oraz, że: „mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Ograniczoność zasobów w procesie świadczenia usługi szpitalnej nakłada obowiązek na lekarza znać rzeczywistą wartość zalecanych badań oraz przepisywanych leków oraz ich prawdopodobne skutki ekonomiczne dla pacjenta.

Ekonomiczna charakterystyka przedsiębiorstwa medycznego - procesu świadczenia usługi szpitalnej

Gospodarowanie w przedsiębiorstwie medycznym, rozumiane jako działalność usługowa, polega zdaniem autora na wykorzystaniu czynników świadczenia usługi w celu osiągnięcia zamierzonego rezultatu tej działalności, wzrostu satysfakcji zdrowotnej pacjenta oraz efektywności w procesie gospodarowania posiadanymi zasobami. Działalność ta służy zaspokajaniu zindywidualizowanych potrzeb szpitalnych pacjenta, mimo że dóbr (w tym również leków) zużywa się w nich coraz więcej [Culyer 2005, s. 149].

Zmiana zasad finansowania przedsiębiorstwa medycznego wpłynęła na wzrost znaczenia takich pojęć, jak; jakość, efektywność działania, racjonalizacja kosztów funkcjonowania.

Brak obiektywnych mechanizmów efektywnościowej alokacji zasobów oraz trudności związane ze stosowaniem kryteriów efektywności sprawiają, że decyzje o poziomie i strukturze wydatków publicznych są podejmowane w procesie negocjacji politycznych [Zalewski 2007, s. 51].

Kadry medyczne mają znaczną swobodę decyzji klinicznej (*clinical freedom*) w dokonywaniu wyboru pozostających do ich dyspozycji, coraz doskonalszych technologii. Różnicowanie stosowanej aparatury szpitalnej ze względu na kapitałochłonność jest utrudnione oraz pociąga za sobą konieczność przeznaczania coraz większych nakładów finansowych. Swoboda ta ma również znaczenie ekonomiczne, gdyż dokonywany w jej ramach wybór powoduje zróżnicowanie kosztów przedsiębiorstwa medycznego. Współcześnie swobodę tę ogranicza rosnąca rola materialnych czynników procesu świadczenia usługi szpitalnej (aparatury szpitalnej oraz leków).

Rozwój technologii szpitalnych i ich rosnąca kapitałochłonność decyduje o złożoności procesu świadczenia usługi szpitalnej. Specyfiką usługi szpitalnej jest ich zindywidualizowany charakter – ściśle powiązane z konkretnym pacjentem (zróżnicowanie jednostek chorobowych).

Wprowadzenie rachunku kosztów działań wymaga procesowego podejścia do zarządzania kosztami. Model *ABC* jest powiązany z działaniami i procesami, które kreują wartość zarówno dla przedsiębiorstwa medycznego, jak i dla samego pacjenta. Analizuje również łańcuch wartości, bazując na działaniach oraz procesach wewnętrznych, tworząc końcową wartość usługi szpitalnej, a w konsekwencji wskazuje te obszary działania, które są zbyt kosztochłonne oraz te elementy kosztów, które należy eliminować.

Poprawnie przygotowany wykaz zadań i podzadań realizowanych przez dysponentów środków finansowych stanowi punkt wyjścia realizacji zasad skuteczności i efektywności. Oznacza to silne powiązanie skuteczności i efektywności z przejrzystością wydatków szpitalnych.

Wdrożenie strategii, dostarczających materiały oraz komponenty dobrej jakości i we właściwych terminach opartych na *Modular Sourcing*, powoduje, że w ramach tego partnerzy (dostawcy oraz odbiorcy) solidarnie uczestniczą w ograniczaniu kosztów (*Target Costing*) funkcjonowania przedsiębiorstwa medycznego – procesu świadczenia usługi szpitalnej.

Wprowadzenie rachunku kosztów działań wymaga procesowego podejścia do zarządzania kosztami. Model *ABC* jest powiązany z działaniami i procesami, które kreują wartość zarówno dla przedsiębiorstwa medycznego, jak i dla samego pacjenta. Celem zastosowania tego instrumentu jest zwiększenie skuteczności i efektywności procesu świadczenia usługi szpitalnej oraz dostosowanie do zmian zachodzących wewnątrz i na zewnątrz przedsiębiorstwa medycznego

Budowanie efektywnie funkcjonującego przedsiębiorstwa medycznego pociąga za sobą prawidłowe zaprojektowanie zasobów znajdujących

się pod kontrolą kadry medycznej oraz ustalenie ich odpowiedzialności za efekty wspomagane właściwą rozpiętością wpływu na innych uczestników i wsparcia społecznego, czyli zakresu wspólnie podzielanej odpowiedzialności [Simons 2005].

Pomiar efektywności jest potrzebny z wielu powodów [Mahler-Larsen 2005, s. 615–639]. Przede wszystkim jest narzędziem wzmocnienia odpowiedzialności i przejrzystości, unaoczniając nie tylko koszty w procesie świadczenia usługi szpitalnej, ale także uzyskiwane wyniki – wzrost satysfakcji zdrowotnej pacjentów – wzrost zdrowotności populacji oraz:

- w sytuacjach konkurencyjności daje pacjentom i użytkownikom podstawy do dokonywania wyborów bardziej racjonalnych metodologicznie, spełniając funkcje podobne do roli ceny w mechanizmach rynkowych,
- w okolicznościach monopolu daje informacje dotyczące jakości usługi szpitalnej – terminowości, dostępności, poziomu świadczenia itp.,
- umożliwia ekonomizację (wzrost relacji efektów do nakładów) prowadzonej działalności szpitalnej, gdzie nie występują przecież silne bodźce o charakterze rynkowym,
- zawęźa spojrzenie do wykorzystywanych zasobów i realizowanego procesu świadczenia usługi szpitalnej, ponieważ zmusza do zachowania w polu uwagi rezultatów, jakie zamierza się osiągnąć (np. nie tylko koszty usług szpitalnych, ale poprawa zdrowia obywateli) oraz, że
- pomiar efektywności jest krytyczny dla rozmieszczenia zasobów tak, aby uzyskać ich jak największą użyteczność.

Spółeczeństwo – pacjenci są przyzwyczajeni do dbania o finanse, dlatego poszukuje się efektywnych narzędzi do wykrywania nieprawidłowości, szczególnych zagrożeń, ale także i szans. Szpital publiczny, tak jak inne podmioty, funkcjonujące na rynku, gdzie obowiązuje zasada racjonalnego gospodarowania (bez względu na to, jaki model przyjmie się w gospodarce rynkowej, przedsiębiorstwo medyczne nie jest zwolnione od odpowiedzialności za sprawne zarządzanie). Jest to jedno z kluczowych pojęć w ekonomii, zgodnie z którym podmiot dokonuje takiej alokacji ograniczonych zasobów, które optymalizują korzyści, jakie z tego czerpie. Do racjonalnego gospodarowania zmusza rzadkość zasobów i dóbr dostępnych w gospodarce. Warunkami racjonalnego gospodarowania są możliwości wyboru między różnymi wariantami rozwiązań, a także sprecyzowane kryteria wyboru. Zasada racjonalnego gospodarowania może zostać sformułowana w:

- maksymalizacji efektów przy założonym poziomie nakładów,
- minimalizacji nakładów przy założonym poziomie efektów.

W przedsiębiorstwie medycznym ważny jest proces redukcji nakładów, a racjonalność postępowania wymaga, aby zbierał on i analizował wszystkie informacje niezbędne do podjęcia właściwej decyzji o alokacji zasobów. Oznacza to, że postulat racjonalności wymaga znajomości wszystkich tych informacji oraz zdolności do ich właściwego przetworzenia. Zaproponowana koncepcja kosztów działań ABC uwzględnia również ten aspekt.

Globalizacja i konkurencyjność tworzą szczególne uwarunkowania, w jakich przychodzi funkcjonować przedsiębiorstwu medycznemu, w których efektywność ekonomiczna jeszcze do niedawna miała drugorzędne znaczenia, a koncepcja np. zarządzania strategicznego czy zarządzania ryzykiem decyzyjnym nie była znana. Udział czynników niezależnych od menadżerów oraz kadry medycznej stale wzrasta, zwłaszcza w ostatnim okresie, a przygotowanie do kryzysów należy do najtrudniejszych zadań stojących przed nimi [Bazaerman, Watkins 2003, s. 72–80].

Zasada racjonalnego gospodarowania w przedsiębiorstwie medycznym może oznaczać alternatywne [Suchecka, s. 58]:

- finansowanie usługi szpitalnej gwarantującej *dany/osiągalny stan zdrowia* przy minimalnych kosztach,
- finansowanie usługi szpitalnej gwarantującej *maksymalny/osiągalny stan zdrowia* przy posiadanych kosztach.

Niewłaściwa alokacja zasobów w przedsiębiorstwie medycznym może prowadzić do zachwiania równowagi pomiędzy popytem a podażą, powodując tym samym ograniczenie dostępności do usług szpitalnych (wzrost poziomu zadłużenia) – nieefektywności ekonomicznej. Zdaniem autora zasada „*każdemu według możliwości*” płacenia za określone usługi szpitalne wpływa na racjonalizację podejmowania decyzji w procesie świadczenia usługi szpitalnej.

Zasada racjonalnego gospodarowania może być tylko uzyskana przez określony podmiot gospodarczy [Suchecka 2010, s. 16] posiadający odrębność ekonomiczną, tzn. odrębność majątkową, samodzielność decyzyjną i samodzielność dochodową.

Znaczenie efektywności w podejmowaniu racjonalnych decyzji w procesie świadczenia usługi szpitalnej w warunkach niedoborów wynika z faktu, że nie ma nigdy wystarczających zasobów do wytworzenia usług szpitalnych zaspokajających oczekiwania prozdrowotne oraz jakościowe pacjentów. Jak również tego, że „*ręce*”, które prowadzą alokację w przedsiębiorstwie medycznym, nie są ani trudne do dostrzeżenia, ani tak magiczne

jak metaforyczna niewidzialna ręka A. Smitha [Hurley 2001, s. 50], gdyż większość wydatków jest finansowana ze środków publicznych lub/i pośrednio poprzez podatki płacone przez społeczeństwo, a więc ich wielkość można przewidzieć?

Reasumowując, z założenia cechą pożądaną każdego działania jest jego sprawność, tj. skuteczność i efektywność, a więc zdolność osiągania w sposób korzystny ekonomicznie założonych w działaniu celów.

Skuteczność działania jest wielkością relatywną, musi bowiem być odniesiona do założonych celów. Zdaniem klasyków „za skuteczne uważa się takie działanie, które zmierza do osiągnięcia założonego celu” [Jałowiecki i in. 1979]. T. Kotarbiński uzupełnia tę definicję przez wskazanie pewnej gamy stanów, z jakimi możemy mieć do czynienia w wyniku danego działania, twierdząc, że „skutecznym nazywamy takie działanie, które w jakimś stopniu prowadzi do skutku zamierzonego jako cel” [Zieleniecki 1976, s. 34]. Cel jest więc wyznacznikiem skuteczności działania. Efektywność działania stanowi miarę wyników działania i poniesionych nakładów.

Pomiar lub choćby oszacowanie efektywności szpitala publicznego jest dość skomplikowane, gdyż, jak twierdzi W. Dyduch, sama „efektywność jest pojęciem trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Samo pojęcie jest niezwykle skomplikowane, lecz zawsze odnosi się do wewnętrznych i zewnętrznych kryteriów oceny specyficznych dla danego kontekstu oraz zmieniających się w czasie, gdzie ważnym motorem zmiany są potrzeby, przeświadczenia i wartości kadry zarządzającej” [Dyduch 2007].

Efektywność szpitala publicznego osiągnięta z tytułu wdrożenia kompleksowego zarządzania kosztami działań w procesie świadczenia usługi szpitalnej powinna zatem zależeć od stopnia poprawności wdrożonych rozwiązań, czyli stopnia dopasowania rozwiązań do charakterystyk szpitala publicznego (procesów diagnostyczno-terapeutycznych) oraz warunków funkcjonowania.

Podsumowanie

Ewidencja kosztów w przedsiębiorstwie medycznym nie odpowiadała potrzebom zarządczym. Elektroniczny system funkcjonował w oparciu o standardowe sposoby rozliczania kosztów pośrednich przy zastosowaniu kluczy pośrednich (przy założeniu, że kształtują się wprost proporcjonalnie do kosztów ilości świadczonych usług). W gospodarce rynkowej, w której funkcjonuje współczesne przedsiębiorstwo medyczne nie stanowi to już dobrej podstawy podejmowania decyzji.

Kalkulacja kosztów winna być oparta na danych źródłowych, obrazujących zużycie zasobów w poszczególnych oddziałach celem wytworzenia określonych procedur – możliwość analiz ekonomicznych w ramach oceny technologii medycznych. Proces ten umożliwi określanie własnych standardów przez poszczególne szpitale, czyniąc proces świadczenia usługi szpitalnej bardziej przejrzystym i przewidywalnym. Pożądana jest więc koncentracja oparta na współpracy, a nie konkurencji między poszczególnymi szpitalami.

Proponowane podejście może prowadzić nie tylko do zwiększenia satysfakcji zdrowotnej pacjenta w procesie świadczenia usługi szpitalnej, ale i korzyści ekonomicznych w postaci niższych kosztów pobytu oraz większej skuteczności klinicznej.

Opracowanie stanowi wprowadzenie zarówno do przedmiotu jako całości, jak i do tych metod oraz technik, na które się powołuję; nie wyczerpuje ono całości zagadnienia, podaje jednak wykaz uzupełniającej literatury.

Podsumowując niniejsze rozważania należy stwierdzić, iż wdrażanie rachunku kosztów ABC powinno iść w kierunku wykorzystania rachunku opartego na działaniach; stwarza to zdaniem autora większe możliwości decyzyjne oraz kontrolne oraz wpływa na to, że lekarz jako pracownik przedsiębiorstwa medycznego, pracując, osiąga wyniki/efekty, te w zestawieniu z nakładem czasu wskazują na jego wydajność pracy, w zestawieniu z postawionymi celami świadczą o jego skuteczności, a w zestawieniu ze wszystkimi nakładami poniesionymi na uzyskanie wyników/efektów wskazują na efektywność pracy – procesu świadczenia usługi szpitalnej.

Bibliografia

- Arrow K.J. (1985), *Granice organizacji*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Bazerman M.H., Watkins M.P. (2003), *Predictable Surprises. The Disasters You Should Have Seen Coming and How to Prevent Them*, Harvard Business Press, Boston.
- Bielski M. (1997), *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wyd. UŁ, Łódź.
- Culyer A.J. (2005), *The Dictionary of Health Economics*, Amsterdam.
- Culyer A.J., Newhouse J.P. (red.), (2000), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam.
- Dyduch W. (2007), *Dobór miar do systemów pomiaru efektywności organizacyjnej: dylematy i propozycje rozwiązań* [w:] *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*, (red.) Dyduch T., Tomaszewicz Ł., Wyd. AE im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław.

- Hass-Symotiuk M., Mucko P. (2007), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – kontrola – ocena*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, Prace Katedry Rachunkowości nr 30, Szczecin.
- Januszewski A. (2005), *Stosowanie rachunku kosztów działań w polskich przedsiębiorstwach – wyniki badań empirycznych*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” nr 1.
- Jelowiecki M., Kieżun W., Leoński Z., Ostapczuk B. (1979), *Teoria organizacji i kierownictwa*, PWN, Warszawa.
- Kaplan R.S., Cooper R. (2000), *Zarządzanie kosztami i efektywnością*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków.
- Nowak E. (2006), *Strategiczne zarządzanie kosztami*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Sachs J.D. (2009), *Nauka przetrwania* (wywiad z prof. J.D. Sachsem rozmawia J. Żakowski), „Polityka” nr 4, 24 stycznia.
- Simons R. (2005), *Levers of organizational design: How managers use accountability systems for greater performance and commitment*, Harvard Business School Press, Boston.
- Sinkin Ch., Wright C.J., Burnett R.D. (2008), *Eco-efficiency and firm value*, „Journal of Accounting and Public Policy” nr 27.
- Suchecka J. (2010), *Ekonomika zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Suchecka J., *Evalucja ekonomiczna w systemach opieki zdrowotnej-metody, zastosowania, mierniki*, „Gospodarka w teorii i praktyce” nr 2 (17).
- Wroński P. (2005), *Nowoczesne metody rachunku kosztów w przedsiębiorstwie. Uwarunkowania i perspektywy*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Zalewski A. (2007), *Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego* [w:] Zalewski A. (red.), *Nowe zarządzanie publiczne w polskim samorządzie terytorialnym*, Wyd. SGH, Warszawa.
- Zieliński T.M. (2005), *„Wieloryby” w dystrybucji – wykorzystanie systemów ABC/M*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” nr 11.

Małgorzata Cygańska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Obiekt kalkulacyjny w rachunku kosztów szpitali – proponowane kierunki zmian¹

Streszczenie: Głównym celem niniejszego artykułu jest charakterystyka obiektów kalkulacyjnych rachunku kosztów szpitali w myśl obowiązujących regulacji prawnych oraz wskazanie na propozycje zmian w tym zakresie. W pracy wykazano, iż system rachunku kosztów w szpitalu generuje informacje zbyt ogólne i niedostosowane do zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Zaproponowano również sposób modyfikacji obiektu kosztowego w systemie, tak aby w większym stopniu zaspokajał on potrzeby informacyjne kadry kierowniczej szpitali.

Cost object in hospital accounting system - suggested change directions

Abstract: The main purpose of this article was to characterize the cost objects in hospitals and to indicate the own propositions in this regard. The study revealed that the cost accounting system generates too general information and is not adjusted to the principles of financing health services. A suggested modification of the system, can satisfy to a greater extent managers of the hospitals.

Wprowadzenie

Liczne bariery sprawnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, a przede wszystkim warunki zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, przyczyniają się do trudnej sytuacji ekonomicznej zakładów opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów poprawy kondycji finansowej szpitali jest bieżące monitorowanie poziomu ponoszonych przez nie kosztów. Sprzyja temu odpowiedni rachunek kosztów, rzetelnie i szczegółowo

¹ Niniejsza publikacja jest wynikiem badań finansowanych ze środków na naukę w latach 2009–2012 jako projekt badawczy.

informujący o miejscu i strukturze ponoszonych nakładów na funkcjonowanie jednostki.

Rachunek kosztów jest podstawowym narzędziem generującym informacje kosztowe. Jako podsystem systemu informacyjnego rachunkowości jest on bardzo ważnym elementem rachunkowości finansowej, ponieważ umożliwia uzyskanie poprawnych informacji niezbędnych do sporządzania sprawozdań finansowych. Do tych wielkości zaliczane są przede wszystkim:

- koszt wytworzenia świadczonych usług,
- koszt sprzedaży i ogólnego zarządu,
- wartość czynnych i biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów.

Rozwiązania przyjęte w rachunku kosztów powinny zatem zabezpieczać sporządzenie rachunku zysków i strat, umożliwić kalkulację kosztu jednostkowego świadczeń zdrowotnych, ale również uwzględniać potrzeby jednostki w zakresie informacji kosztowych dotyczących poszczególnych rodzajów i odmian prowadzonej działalności medycznej.

Celem niniejszego opracowania jest charakterystyka obiektów kalkulacyjnych² rachunku kosztów szpitali w myśl obowiązujących regulacji prawnych w tym zakresie oraz wskazanie na propozycje zmian w tym zakresie.

Obowiązujące regulacje prawne w zakresie rachunku kosztów szpitali

Rachunek kosztów został wdrożony w polskich szpitalach publicznych po raz pierwszy w 1993 r. [Na podstawie Zarządzenia MZiOS w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. M.P. 1992.19.143]. Był on prowadzony poza systemem rachunkowości. Jego koncepcja nie została wówczas w pełni zdefiniowana. Uwagę skupiono przede wszystkim na analitycznej ewidencji kosztów według miejsc powstawania, co było punktem wyjścia do ustalania średnich kosztów różnych działań jednostki.

Znacznie dokładniej sprecyzowano wymogi dotyczące prowadzenia rachunku kosztów w rozporządzeniu MZiOS z 1998 r. [Dz.U. 1998.164.1194], wymieniono w nim minimalny zakres kosztów, jaki powinien być wyodrębniony, częściowo ze względu na wymogi rachunkowości finansowej, głównie jednak rachunkowości zarządczej. Zobligowało to jednostki do

² Obiekt kalkulacyjny rozumiany jest tu jako produkt lub grupa produktów, dla których ustala się koszt jednostkowy.

prowadzenia rodzajowego i podmiotowo-przedmiotowego układów kosztów będących podstawą kalkulacji kosztu usług na bazie rachunku kosztów pełnych [Hass-Symotiuk 2004, s. 21–25; Hass–Symotiuk 2004a, s. 21–27]. Wspomniane wyżej rozporządzenie definiowało minimalne wymagania, zarówno wobec ujęcia rodzajowego kosztów, jak i ich ewidencji w układzie podmiotowo-przedmiotowym.

W tabeli 1 przedstawiono minimalny stopień szczegółowości kosztów w układzie rodzajowym, wymagany w/w Rozporządzeniem.

Tab. 1 Klasyfikacja kosztów według rodzaju

Koszty rodzajowe syntetyka	Koszty rodzajowe analityka
Amortyzacja	-
Zużycie materiałów	Leki
	Żywność
	Sprzęt jednorazowego użytku
	Odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne
	Paliwa
Zużycie energii	Energia elektryczna
	Energia cieplna
Usługi obce	Remontowe
	Medyczne obce
	Transportowe
	Pozostałe usługi
Podatki i opłaty	-
Wynagrodzenia	Wynagrodzenia ze stos. pracy
	Wynagrodzenia z umów zlecenia i o dzieło
Świadczenia na rzecz pracowników	Składki z tyt. ubezpie. społecznych
	Składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, FP, FGŚP
	Odpisy na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych
Pozostałe koszty rodzajowe	Podróże służbowe
	Ubezpieczenia OC i majątkowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Wspomniane wcześniej regulacje prawne obok układu rodzajowego kosztów wprowadziły również tzw. układ podmiotowy. Podmiotowa klasyfikacja kosztów zastąpiła wcześniejszy podział wewnątrzpublicznych zakładów opieki zdrowotnej na ośrodki usługowe i zadaniowe [Kowalewski

2003, s. 32–34]. Za miejsce powstawania kosztów nowe przepisy uznawały wyodrębnione w strukturze organizacyjnej podmiotu jedną lub kilka komórek organizacyjnych. Nowe regulacje obligowały do wyodrębnienia w strukturach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej trzech grup miejsc powstawania kosztów [Zarządzenia MZiOS w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, §1 punkt 2]:

- ośrodki działalności podstawowej, związane z realizacją świadczeń zdrowotnych, obejmujące: oddziały, poradnie, pracownie diagnostyczne, sale operacyjne;
- ośrodki działalności pomocniczej, świadczące usługi na rzecz ośrodków działalności podstawowej, do których zaliczono: dział żywienia, pralnię, dział techniczny, transport, aptekę;
- ośrodek ogólnego zarządu.

Obok układu rodzajowego i podmiotowego ewidencji kosztów rozporządzenie wyodrębniło obiekty kosztowe mogące mieć charakter nośników przejściowych lub finalnych. Do przejściowych nośników kosztów zaliczono:

1. Osobodzień hospitalizacji na konkretnym oddziale – liczony jako przeciętny koszt pobytu pacjenta na oddziale (na poziomie kosztów bezpośrednich i pośrednich ośrodka kosztów) z wyłączeniem kosztów leków i procedur medycznych. Do ustalenia tego kosztu wykorzystuje się kalkulację podziałową prostą. Należy podkreślić, iż jest możliwe i uzasadnione rozbicie kosztu osobodnia na dwa elementy składowe: pobyt hotelowy i osobodzień leczenia na oddziale. Daje to możliwość monitorowania tych kosztów i porównania między oddziałami, a w razie potrzeby uzyskanie informacji kosztowych o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ponadstandardowych warunkach, lub np. wycenienie kosztu pobytu na oddziale matki z dzieckiem.
2. Procedurę medyczną rozumianą jako elementarne świadczenie medyczne wykonywane na rzecz pacjenta poza oddziałem szpitalnym lub na oddziale, lecz w ramach działalności innego niż oddział szpitalny ośrodka kosztów działalności podstawowej. Rozporządzenie nie zdefiniowało procedury medycznej, określiło tylko, że jest to nośnik kosztów, w każdym ośrodku działalności podstawowej niebędącym oddziałem szpitalnym. W celu uzyskania precyzyjnych informacji dotyczących kosztów

procedur medycznych w Rozporządzeniu [Dz. U. 1998.164.1194.] z 1998 r. zaproponowano pomiar rzeczywistych kosztów ich wykonania, co było dużym wyzwaniem zarówno dla dyrekcji szpitali, jak i komórek księgowości. Nowa metodologia ustalania kosztów rzeczywistych wymagała zidentyfikowania wszystkich procedur medycznych wykonywanych na poszczególnych oddziałach, a następnie ustalenia rzeczywistego kosztu wykonania każdej z nich.

Przy realizacji procedury medycznej wyodrębniono koszty:

- bezpośrednie, obejmujące wynagrodzenia wraz z obciążeniami oraz materiały zużywane w trakcie wykonywania poszczególnych czynności;
- pośrednie, obciążające wprost ośrodek wykonujący daną procedurę oraz koszty doliczane do tego miejsca powstawania.

Podstawą dla przyjętej metodologii ustalania kosztów jednostkowych procedur medycznych była zmodyfikowana dla potrzeb tego rachunku kalkulacja podziałowa ze współczynnikami. Złożono sprowadzenie różnych procedur medycznych do wspólnego mianownika poprzez przeliczenie ich za pomocą współczynników na jednorodne, umowne przedmioty kalkulacji. Stosując tego typu kalkulację, należało ustalić właściwe jednostki przeliczeniowe, pozwalające na możliwie prawidłowy podział kosztów między procedury medyczne, będące nośnikami kosztów. Zastosowane współczynniki powinny wyrażać udział poszczególnych procedur w kosztach ośrodka realizującego dane świadczenie. Zostały one dobrane na podstawie bezpośrednich kosztów postulowanych. Proces ustalenia faktycznego zużycia materiałów oraz czasu pracy poszczególnych pracowników potrzebny do wykonania procedury określony został mianem ankietyzacji [Gajek 1999, s. 48–78].

Złożyły się na nią następujące etapy:

- 1) identyfikacja procedur medycznych realizowanych w poszczególnych ośrodkach kosztów,
- 2) ilościowa ewidencja wykonanych procedur medycznych,
- 3) opracowanie indeksu materiałów, leków i pracowników,
- 4) wybór ankietatorów i respondentów oraz ich szkolenie,
- 5) wypełnianie przygotowanych wcześniej ankiet dotyczących zużycia materiałów bezpośrednich i kosztów osobowych,
- 6) sprawdzanie poprawności wypełnionych ankiet³.

³ Ankietyzacja była bardzo czasochłonnym oraz dosyć kosztownym procesem. Z tego względu nie wszystkie szpitale zdecydowały się na jej przeprowadzenie. Te jednostki, które jej nie wdroży-

Te szpitale, które podolały wyzwaniu, jakim niewątpliwie było przeprowadzenie ankietyzacji, stworzyły u siebie podstawy do ustalania kosztów leczenia pacjentów na poziomie znacznie mniej uśrednionym aniżeli pozostałe jednostki⁴. Umożliwiło to częściową racjonalizację zarządzania i sprawniejsze gospodarowanie zasobami. Personel medyczny, uzyskując informacje o rzeczywistych kosztach procedur, stał się tymczasem inspiratorem wprowadzenia wielu oszczędnościowych zmian w postaci:

- wykonywania pewnych zabiegów ambulatoryjnie, zamiast w oddziale,
- wyboru tańszych, równie skutecznych technik leczenia,
- eliminacji technik przestarzałych, nieskutecznych i nieuzasadnionych [Marcinkowska, Marcińczyk-Piech, Szymankiewicz-Czużdaniuk 2000].

Podmioty, które nie podjęły się obliczenia rzeczywistych kosztów procedur medycznych, posługiwały się natomiast miernikiem przeciętnego kosztu realizacji, którego poziom ustalany był w drodze kalkulacji podziałowej prostej lub doliczeniowej. Tym samym, w tych szpitalach koszt leczenia pacjenta pozostał bardzo uśredniony.

Finalnym obiektem kosztowym jest pacjent przebywający na oddziale. Na koszt leczenia pacjenta składają się koszty leczenia na oddziałach szpitalnych (liczba osobodni x koszt jednego osobodnia), koszty wykonanych procedur medycznych poza oddziałem i koszty leków. Leki ewidencjonowane i rozliczane mogą być zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem na dwa sposoby:

- Indywidualnie przypisywane do pacjenta. Jest to podejście bardzo praktyczne, i nie zawsze uzasadnione ze względu na małą wartość jednostkową.
- Podział na każdym oddziale leków na leki istotne kosztowo (przypisywane indywidualnie do każdego pacjenta) i nieistotne kosztowo ujmowane w koszcie pobytu (koszcie osobodnia).

Obiekty kosztowe w rachunku kosztów szpitali – proponowane kierunki zmian

Stosowany obecnie przez większość szpitali system rachunku kosztów oraz charakter wyodrębnionych obiektów kosztowych charakteryzuje się

ly, ustalały średni koszt wykonania procedur medycznych na podstawie ksiąg rachunkowych.

⁴ Z badań przeprowadzonych w 2002 wynika, że blisko 37% szpitali nie liczyło kosztów jednostkowych procedur medycznych, jedynie 3,5 % badanych jednostek (14 podmiotów) dokonywało kalkulacji kosztów jednostkowych procedur medycznych zgodnie z wymogami Rozporządzenia MZiOs z 1998 r. por. A. Sobczak, G. Dykowska, P. Mirosławski, [2000].

istotnymi ograniczeniami. Do najważniejszych z nich należą możliwości gromadzenia większości kosztów jedynie w przekroju ośrodków odpowiedzialności, wysoki stopień uśrednienia kosztów produktów finalnych, dostarczanie danych zbyt ogólnych i za bardzo skoncentrowanych na aspektach finansowych. Zakres informacji otrzymywanych przez kadre kierowniczą, w efekcie stosowania dotychczasowych rozwiązań ewidencyjnych i kalkulacyjnych, charakteryzuje się wciąż zbyt małą przydatnością w procesie zarządzania szpitalem. Zasadniczą wadą obowiązującego systemu rachunku kosztów w szpitalu jest brak jego dostosowania do zasad finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ.

Obecnie stosowane rozwiązania w zakresie rachunku kosztów nie pozwalają na uzyskanie wiarygodnej informacji o kosztach leczenia pacjentów w przekroju JGP. O ile koszty leków i wykonywanych procedur medycznych w coraz większym zakresie przypisywane są bezpośrednio do pacjentów, o tyle koszty pośrednie leczenia (tzw. koszty hotelowe) rozliczane są na pacjentów przy uwzględnieniu jedynie czasu pobytu w szpitalu. Należy zatem podkreślić, że bardzo wysoki udział kosztów w strukturze kosztów leczenia praktycznie nie jest zindywidualizowany.

Tab. 2 Struktura procentowa kosztów ośrodków zadaniowych

Wyszczególnienie	Leki + narzut kosztów apteki	Koszty pobytu	Narzut kosztów zarządu	Koszty procedur medycznych	Razem
Oddział Neurologiczny	13,09%	69,71%	8,52%	8,68%	100,00%
Oddział Rehabilitacyjny	6,50%	81,60%	7,17%	4,73%	100,00%
Oddział Kardiologiczny	2,31%	25,17%	4,07%	68,45%	100,00%
Oddział Nefrologiczny	8,55%	64,64%	8,60%	18,21%	100,00%
Oddział Okulistyczny	6,09%	55,22%	8,11%	30,58%	100,00%
Oddział Gastroenterologiczny	5,56%	25,52%	3,22%	65,70%	100,00%
Oddział Anestezjologii	27,16%	56,82%	3,72%	12,30%	100,00%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3,60%	33,19%	4,29%	58,92%	100,00%
Oddział Neurochirurgiczny	4,20%	55,66%	7,68%	32,45%	100,00%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	3,81%	38,51%	5,73%	51,95%	100,00%
Szpitalny Oddział Ratunkowy	2,69%	59,57%	5,57%	32,16%	100,00%

Oddział Kardiochirurgiczny	7,49%	45,15%	4,33%	43,03%	100,00%
Oddział Hematologiczny	20,76%	54,92%	3,17%	21,14%	100,00%
Oddział Endokrynologiczny	3,89%	63,82%	9,15%	23,14%	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

Przedstawione w tabel 2 wyniki badań⁵ w tym zakresie pokazują, że w zależności od oddziału poziom kosztów pobytu pacjenta na oddziale mieści się w przedziale 25,17% – 81,60%, a przeciętnie oscyluje w granicach 60%. Udział procentowy kosztów procedur medycznych na poszczególnych oddziałach jest również mocno zróżnicowany i mieści się w przedziale 4,73% – 68,45%, przy czym średni udział tych kosztów jest na poziomie 33,67%. Udział kosztów leków stanowił przeciętnie nieco powyżej 8% kosztów całkowitych. Przeprowadzone badania pokazują zatem, że przeciętnie 60% kosztów leczenia pacjenta to koszty raportowane jako koszt osobodnia. Należy zauważyć, że relacja kosztów pobytu i kosztów procedur medycznych kształtują się inaczej na oddziałach o profilu zabiegowym oraz na oddziałach zachowawczych (tabela 3).

Tab. 3 Struktura kosztów leczenia na oddziałach zabiegowych i zachowawczych

Oddziały	Koszty leków	Koszty pobytu	Narzut kosztów zarządu	Koszty pobytu + narzut kosztów zarządu	Koszty procedur medycznych	Razem
zachowawcze	9,73%	60,04%	6,64%	66,67%	23,60%	100,00%
zabiegowe	4,58%	42,15%	5,70%	47,85%	47,56%	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

W przypadku oddziałów zachowawczych⁶, średni udział kosztów procedur medycznych w strukturze kosztów całkowitych był na poziomie

⁵ Analiza struktury kosztów leczenia przeprowadzona była w lipcu 2010 r. w jednym ze szpitali województwa warmińsko-mazurskiego. Jest to szpital duży, dysponujący ponad 500 łózkami i posiadający w swojej strukturze organizacyjnej ponad 10 oddziałów.

⁶ Do oddziałów zachowawczych zaliczono oddziały: neurologiczny, rehabilitacyjny, hematologiczny, endokrynologiczny, gastroenterologiczny, nefrologiczny.

niemal 24%, natomiast na oddziałach zabiegowych⁷ wskaźnik ten kształtował się na poziomie ponad 47%. Przedstawione różnice wynikają nie tylko z odmiennej specyfiki funkcjonowania oddziałów zabiegowych i zachowawczych, ale także z faktu, że na oddziałach zachowawczych koszty realizacji pewnej puli procedur wliczane są w koszty pobytu pacjenta na oddziale. Dzieje się tak z powodu niewyodrębnienia ze struktur oddziałów zachowawczych pracowni diagnostyki inwazyjnej i nieinwazyjnej. Biorąc pod uwagę koszty leków, na oddziałach zachowawczych ich średni udział w strukturze kosztów całkowitych jest na poziomie prawie 10%, natomiast na oddziałach zabiegowych niespełna 5%. Udział procentowy kosztów pobytu to odpowiednio 60% i 42%.

Tymczasem w działalności szpitali obserwuje się przywiązywanie stosunkowo dużej wagi do obniżania kosztów leków oraz procedur medycznych, nie doceniając równocześnie potrzeby szczegółowej analizy kosztów pobytu pacjenta na oddziale. Ponadto przy obecnych zasadach kalkulacji w kosztach pobytu hotelowego mieszczą się także koszty diagnostyki i terapii. Są to m.in. koszty wykonywanych procedur medycznych czy badań diagnostycznych na oddziale.

W związku z powyższym zasadne wydaje się rozważenie, czy w opracowywanych zmianach w zakresie rachunku kosztów w szpitalach⁸ należałoby uznać za finalne obiekty kosztowe pacjentów przebywających na poszczególnych oddziałach w ramach wyodrębnionej grupy JGP, przy uwzględnieniu stanu ogólnego hospitalizowanego oraz możliwości diagnostyczno-leczniczych. Rozwiązanie takie pozwoliłoby na powiązanie systemu rozliczania kosztów z zasadami finansowania świadczeń zdrowotnych oraz bardziej szczegółowe rozliczanie kosztów pośrednich szpitala. W tym celu proponuje się zatem uwzględnienie parametrów odzwierciedlających ogólny stan pacjenta oraz jego możliwości leczniczo-diagnostyczne (tabela 4).

⁷ Do oddziałów zabiegowych zaliczono oddziały: kardiologiczny, okulistyczny, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, kardiochirurgiczny.

⁸ Aktami prawnymi opisującymi rachunkowość publicznych zakładów opieki zdrowotnej są przede wszystkim ustawa o rachunkowości oraz rozporządzenie MZiOŚ w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Rozporządzenie to jest aktem wykonawczym do nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Akty wykonawcze wydane do Ustawy o ZOZ pozostają w mocy do czasu wydania nowych rozporządzeń. Ministerstwo Zdrowia ma zatem czas do 01.07.2012 r. na wprowadzenie nowych aktów wykonawczych.

Tab. 4 Parametry charakteryzujące ogólny stan pacjenta oraz możliwości diagnostyczno-lecznicze

Parametr (P)	Stan pacjenta i możliwości leczniczo-diagnostyczne		
Stopień samodzielności pacjenta (S)	Samodzielny (SS)	Wymagający pomocy (SP)	Niesamodzielny (SN)
Stopień przytomności (P)	Przytomny z pełnym kontaktem (PP)	Przytomny z ograniczonym kontaktem (PO)	Nieprzytomny (PN)
Możliwości podawania leków (L)	Doustnie (LD)	Dożylnie (LZ)	Przez sondę (LS)
Rodzaj diety (D)	Standardowa (DS)		Płynna (DP)

Źródło: opracowanie własne.

Ustalenie zużycia zasobów ekonomicznych w korelacji z ogólnym stanem pacjenta może odbyć się np. w drodze badań ankietowych odpowiedniego personelu szpitala. I tak np. do oceny stopnia zróżnicowania kosztów opieki pielęgniarstwa w zależności od stopnia samodzielności pacjenta można przeprowadzić badania wśród pielęgniarek oddziału. Miałyby one oszacować stopień zwiększenia nakładów pracy w przypadku pacjentów wymagających pomocy i niesamodzielnych, w porównaniu do pacjentów samodzielnych. Dzięki temu można by określić, czy i w jakim zakresie pielęgniarki więcej czasu poświęcają pacjentom poruszającym się z trudnością, lub leżącym aniżeli pacjentom wykonującym samodzielnie toaletę czy spożywającym samodzielnie posiłki. Analogiczne badania mogłyby dotyczyć korelacji stopnia przytomności pacjenta i nakładów pracy personelu lekarskiego.

Podsumowanie

Obecne rozwiązania w zakresie rachunku kosztów szpitali nie stanowią wystarczającej podstawy podejmowania decyzji zarządczych w szpitalu. Generowane dane przez obowiązujący system są informacjami bardzo ogólnymi, uśrednionymi i nie dostosowanymi do zasad finansowania. Wydaje się, iż zmiana systemu rachunku kosztów pod kątem uszczegółowienia obiektów kosztowych, będących przedmiotem kalkulacji pozwoliłaby na istotne zwiększenie użyteczności systemu rachunku kosztów w szpitalach.

Bibliografia

- Gajek F. (1999), *Nowy rachunek kosztów w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Key Text, Warszawa.
- Hass-Symotiuk M. (2004), *Systematyka kosztów zakładu opieki zdrowotnej na potrzeby budżetowania*, „Rachunkowość w jednostkach ochrony zdrowia” nr 2 (8).
- Hass-Symotiuk M. (2004a), *Sprawozdawczy rachunek kosztów zakładu opieki zdrowotnej*, „Rachunkowość w jednostkach ochrony zdrowia” nr 4 (10).
- Kowalewski M. (2003), *Ośrodki odpowiedzialności jako narzędzie restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości” nr 72.
- Marcinkowska B. i in. (2000), *Rachunek kosztów leczenia szpitalnego w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie*, Uniwersytet Szczeciński, Materiały/Konferencje, nr 57.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1998.164.1194.
- Sobczak A. i in. (2000), *Organizacja i finansowanie szpitali w warunkach systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Zdrowie publiczne”, Suplement, 2.
- Zarządzenia MZiOS w sprawie szczególnych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, M.P. 1992.19.143.

Janusz Chełchowski, Dorota Gierz-Gierszewska
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z War-
mińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Zmiany strukturalne a proces identyfikacji, gromadzenia i przetwarzania danych o kosztach procedur medycznych w podmiotach leczniczych

STRESZCZENIE: Procedura medyczna jest to taki element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który staje się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta. Pomimo wprowadzanych systemowo zmian wycena wg klasyfikacji nadal sprawia duże trudności i pozostawia wiele pytań bez odpowiedzi.

Warunkiem efektywnych decyzji zarządczych są informacje ekonomiczno-finansowe ściśle odzwierciedlające rzeczywistość i możliwe do generowania w trybie ciągłym.

Zakłady lecznicze borykają się z brakiem platformy informacyjnej umożliwiającej komunikację i wymianę doświadczeń w zakresie jednostkowych kosztów procedur medycznych. Istnieje pilna potrzeba stworzenia jednorodnego, nowoczesnego modelu wyceny procedur i kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Konieczne jest również wypracowanie zasad współpracy pomiędzy „środowiskiem medycznym”, grupami ekspertów z dziedziny rachunkowości, Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w omawianym zakresie.

Structural changes and the process of identification, collection and processing of data on the costs of medical procedures in health care entities

Abstract: Medical procedure is such element of the diagnostic-therapeutic process that becomes the object of trade, a one-of-the-kind product ordered by the doctor or the patient. In spite of changes introduced in the system, valuation according to classification keeps causing large difficulties and does not provide answers to many questions.

The condition of effective management decisions is also economic-financial information, strictly reflecting the reality and which can be continuously generated.

Health care centers grapple with the problem of a missing information platform permitting communication and exchange of experience with regard to unit costs of medical procedures. There

is an urgent need to create a uniform, modern model of valuation of the procedures and calculation of costs of medical care. It is also necessary to develop terms of cooperation between "the medical environment", groups of experts from the area of accounting, the Ministry of Health and the National Health Fund in the discussed scope.

Warunkiem efektywnych decyzji zarządczych są odzwierciedlające rzeczywistość informacje ekonomiczno-finansowe. Zakłady opieki zdrowotnej są rozliczane z właściwego gospodarowania posiadanymi zasobami. Skłania to do szczególnego zainteresowania kosztami, przychodami i wynikami prowadzonej działalności. Od 1998 roku rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej prowadzony jest na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej określającego szczegółowe zasady rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 164, poz.1194)]. Koszty procedur medycznych (badania diagnostyczne, procedury operacyjne i zabiegowe) w podmiotach leczniczych, a w szczególności w szpitalach, uwarunkowane są między innymi:

- rodzajem jednostki i jej poziomem referencyjnym,
- zakresem wykonywanych świadczeń,
- wyposażeniem technicznym,
- ilością wykonywanych świadczeń.

Rozporządzenie wprowadziło definicję ośrodków kosztów jako: miejsca powstawania kosztów, tj. wyodrębnionej w strukturze organizacyjnej zakładu komórki organizacyjnej, kilku komórek organizacyjnych lub części komórki organizacyjnej. Wyodrębnione ośrodki kosztów powinny posiadać swoisty zakres działalności z podziałem na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej oraz ośrodek kosztów zarządu. Rejestr kosztów w zakładzie powinien obejmować wszystkie koszty ponoszone przez zakład oraz brać pod uwagę rodzaje kosztów z uwzględnieniem miejsca ich powstawania z zachowaniem zasad istotności, opłacalności i możliwości ewidencjonowania z podziałem na koszty bezpośrednie i pośrednie.

Dla wyodrębnionych ośrodków kosztów dookreśla się nośniki kosztów. I tak w oddziałach szpitalnych nośnikami są: osobodzień opieki, (którego koszt obliczany jest przez podzielenie sumy kosztów bezpośrednich i pośrednich ośrodka kosztów, z wyłączeniem kosztu leków i procedur medycznych przypisanych na rzecz pacjenta, przez liczbę osobodni opieki

wykonanych w okresie rozliczeniowym) oraz pacjent z przypisanymi na jego rzecz lekami i procedurami medycznymi. W ośrodkach kosztów działalności podstawowej za nośniki kosztów uważa się procedury medyczne [Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 164, poz.1194)].

Działając zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu w ZOZ MSWiA z WMCO, wyodrębniono miejsca powstawania kosztów, tj. wyodrębnione w strukturze organizacyjnej zakładu komórki organizacyjne lub część komórek organizacyjnych zwane dalej „ośrodkami kosztów”. Przyjęto zasadę podziału ośrodków kosztów według statusu na:

- ośrodki usługowe (U) – dostarczające usług finalnych
- ośrodki zadaniowe (Z) – dostarczające usług pośrednich służących usługom finalnym
- zarząd (A).

Dokonano również podziału ośrodków kosztów według cechy z wyróżnieniem grup:

- apteki (APT)
- działalność pozostała niemedyczna (DPN)
- oddziały szpitalne (ODS)
- zarząd (OZD)
- pozostała działalność medyczna (PDM)
- pozostała działalność podstawowa (PDP)
- działalność pomocnicza medyczna (POM)
- działalność pomocnicza niemedyczna (PON)
- procedury medyczne (PRM)

Kosztami bezpośrednimi w ośrodkach kosztów działalności podstawowej są w szczególności: koszty materiałów, w szczególności leków i odczynników oraz sprzętu medycznego, wynagrodzenia wraz z narzutami. Natomiast w ośrodkach kosztów działalności pomocniczej uwzględniać należy w szczególności: koszty materiałów użytych bezpośrednio do wykonania usługi, wynagrodzenia wraz z narzutami na wynagrodzenia, inne koszty bezpośrednio. Kosztami pośrednimi są: koszty powstałe w ośrodku kosztów, niezaliczane do kosztów bezpośrednich, koszty ośrodków działalności pomocniczej rozlicza się według odpowiednio dobranych kryteriów podziałowych, z uwzględnieniem przyjętych nośników kosztów w zależności od ich rodzaju. Przykłady wydzielonych ośrodków powstawania kosztów wraz z cechą i statusem podano w tabeli poniżej.

Tab. 1 Przykładowe wydzielone ośrodki powstawania kosztów. Opracowanie własne.

Symbol Ośrodka Powstawania Kosztów	Nazwa	Cecha		Status
500-01-02	Oddział Ginekologii	ODS	oddział szpitalny	Z-Zadaniowy
500-02-01	Poradnia chirurgii ogólnej	PDP	pozostała działalność podstawowa	Z-Zadaniowy
503-02-01	Sklep medyczny	PON	działalność pomocnicza niemedyczna	Z-Zadaniowy
502-01-04	WOK rejestr nowotworów	PDM	pozostała działalność medyczna	Z-Zadaniowy
504-01-02	Koszty dzierżaw	DPN	działalność pozostała niemedyczna	Z-Zadaniowy
535-01-02	Kuchnia	PON	działalność pomocnicza niemedyczna	U-Uslugowy

Kolejnym ważnym elementem przy tworzeniu listy ośrodków kosztów było zdefiniowanie ośrodków działalności podstawowej (PRM), innych niż oddział szpitalny, dla których kluczem podziałowym są wykonywane w nich procedury medyczne. Na przestrzeni ostatnich dwóch lat lista ośrodków pozostawała bez zmian, przeistoczeniom podlegały listy wykonywanych procedur w zakresie modyfikacji sposobów wykonania lub uszczegółowienia, bądź zawężania nomenklatury stosowanej przy opisywaniu procedur. Podczas opracowywania listy procedur kierowano się definicją stanowiącą, iż procedura medyczna to: „taki element procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, który da się wyodrębnić jako możliwa do zaakceptowania przez profesjonalistów medycznych część kontaktów pacjenta z zakładem ochrony zdrowia, a jednocześnie może być traktowana jako uśredniony nośnik kosztów” [Ziegman, Zwierowicz, Gajek 1997]. Natomiast patrząc z punktu widzenia kryterium ekonomicznego, procedura medyczna jest to taki element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może stać się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta. Zgodnie z zasadami, w każdym ośrodku rozliczanym podzielnikiem kosztów – procedurą medyczną należy zdefiniować możliwie wszystkie procedury wraz z liczbą ich wystąpień w danym okre-

się rozliczeniowym. Proces identyfikacji procedur medycznych odbywał się w ścisłej współpracy z personelem medycznym, w którego gestii pozostaje również prowadzenie ewidencji wykonanych. Należało wspólnie pokonać bariery języków świata medycznego i finansowego. Powtarzający się cykl pracy przy bieżących wycenach procedur musi obejmować zagadnienia: identyfikacji rodzajowej i ilościowej procedur w ośrodkach, aktualizację kodowania nazw procedur, weryfikację materiałów (aktualizacja cen i asortymentu), przypisanie nakładów osobowych.

Część funkcjonujących ośrodków wraz z ilościami sprecyzowanych procedur w latach 2010 – luty 2012 (bez liczb opisujących procedury bloku operacyjnego i anestezjologii), przedstawiono w tabeli nr 4.

Tab. 2 Ilości zdefiniowanych procedur medycznych w wybranych ośrodkach kosztów, dla których przyjęto „procedurą medyczną” jako podzielnik kosztów. Opracowanie własne.

Nazwa ośrodka kosztów (U-Usługowy)	Ilość zdefiniowanych procedur (stan w dniu 31.12.2010)	Ilość zdefiniowanych procedur (stan w dniu 31.12.2011)	Ilość zdefiniowanych procedur (stan w dniu 01.02.2012)
Laboratorium Analityczne	119	100	90
Laboratorium Bakteriologiczne	33	32	31
Pracownia RTG	63	33	34
Pracownia USG	10	20	27
Pracownia Mammografii	5	5	6
Pracownia Tomografii Komputerowej	42	22	38
Pracownia Rezonansu Magnetycznego	33	21	30
Pracownia elektrokardiografii	8	7	7
Sala endoskopowa	61	44	43
Pracownia audiometrii	3	3	3
Zakład Usprawnienia Leczniczego	58	82	79
Punkt szczepień	25	24	21

Dla każdej z procedur umieszczonych w wykazie danego ośrodka kosztów sporządzono ilościowe zestawienie zasobów zużywanych podczas typowego jej wykonania z podziałem na zużyte materiały w i bezpośredni czas pracy personelu biorącego udział w wytworzeniu procedury według wzoru stanowiącego załącznik do rozporządzenia.

Tab. 3 Ilościowe zestawienie zasobów zużywanych podczas typowego wykonania procedury medycznej – koszty materiałowe – zużycia materiałów i sprzętu medycznego.

Indeks materia- łu	Materia- ły (lek) Sprzęt zuży- walny	Typ	Współ- czynnik (liczba proce- dur)	Jedn. miary	Ilość M zużyta na N proce- dur	Cena jed- nostki miary	Wkład do kosztu jed- nostkowego
I	D	T	N	M	L	C	$U = (L/N) \times C$
	Razem						

Tab. 4 Koszty osobowe – nakład czasu pracy osób wykonujących procedurę.

Grupa pra- cownicza	Współczynnik (ilość proce- dur)	Jednostka czasu	Koszt jednost- ki czasu M	Zużyta ilość M na N proce- dur	Wkład do kosztu jed- nostkowego
D	N	M	C	T	$P = (T/N) \times C$
Razem					

Wartość zużytych bezpośrednio na wykonanie procedury medycznej zasobów ustala się zgodnie z rozporządzeniem w oparciu o przeciętne ilościowe zużycie oraz bieżące ceny materiałów i stawki wynagrodzeń wraz z narzutami, co stanowi normatywne jednostkowe koszty bezpośrednie wykonania poszczególnych procedur [Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 164, poz.1194)]. Zapis „bieżące ceny” obliguje nas do stałej kontroli kosztów materiałów przypisanych do procedur. Szpitale kilkusetłóżkowe ze względu na spektrum działalności i mnogość wykonywanych procedur zobligowane są do realizacji zasady racjonalnego wydatkowania środków. Szacuje się, że 95% grup materiałów (leki, opatrunki, sprzęt jednorazowy, materiały szewne, odczynniki chemiczne) w związku z realizacją przepisów o zamówieniach publicznych kupowana jest po rozstrzygnięciu postępowań o udzielenie Zamówienia Publicznego. Przetarg na potocznie tak zwaną jednorazówkę ogłaszany jest dwa razy w roku. Rozpisane zadania

mogą obejmować powszechnie znany i rozpoznawany sprzęt: strzykawki, rękawice, cewniki, ale i różnego rodzaju drobne elementy: kasety, kuwety, gąbki, kaniule, dreny itd. Każdy element stosowany przy wykonywaniu procedury powinien znaleźć się w opisie procedury. Dodatkowym i nieuniknionym utrudnieniem w strukturze wycenionych procedur jest szybki postęp medycyny. W związku z tym zjawiskiem metodologia wykonania wielu badań zmienia się z dnia na dzień. W dużej mierze od zaangażowania i rzetelności personelu medycznego zależy wiarygodność wycenionej procedury. Pracownik administracyjny odpowiedzialny za wycenę musi na bieżąco otrzymywać od personelu medycznego informacje o zmianach w metodologii wykonania poszczególnych badań. Ustalenie właściwych indeksów dla poszczególnych materiałów jest trudne i czasochłonne. Wymaga ścisłej współpracy pracowników gospodarki materiałowej, zamówień publicznych, działu kosztów i osób wykonujących procedury.

Tab. 5 Przykłady indeksowania materiałów wykorzystywanych przy wykonywaniu procedur laboratoryjnych. Opracowanie własne.

Lp	Materiał	Źródło Materiału	Indeks
1	Anty-A Birma 1 10ml	GM	14-A-0144
2	Anty-B LB-2 10ml	GM	14-A-0146
3	Anty-D RUM 10ml	GM	14-A-0028
4	ID-Diluent 2	GM	14-I-0020
5	Końcówka 1000ul Gilson (1x 1000szt.)	GM	10-K-0167
6	Liss/Coombs	GM	14-L-0088
7	Probówka PS 7ml 13x100 okrągła (1x 500szt.)	GM	10-P-0322
8	Rękawice winylowe pudrowe S	GM	10-R-0003
9	Seroplastes nr 6	GM	14-S-0027

Natomiast w zakresie kosztów osobowych należy pamiętać o konieczności uśrednienia stawek personelu w zakresie kosztu minutowego. Personel powierzone zadania może wykonywać w ramach: etatu, umowy kontraktowej, umowy zlecenia, stawki godzinowej lub stawki za usługę.

Opracowanie obecnej (jak i poprzednich) listy procedur w ośrodkach oparto na Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (czwarta polska edycja z aneksem: Klasyfikacja Badań Laboratoryjnych). Historia kodyfikacji procedur rozpoczęła się w 1992 roku w Stanach Zjednoczonych, kiedy to ukazała Klasyfikacja Procedur Chirurgicznych jako dodatek do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) opracowanej w latach 60-

tych. Po kolejnym dziesięcioleciu Światowa Organizacja Zdrowia podjęła decyzję o wydaniu podobnych klasyfikacji przeznaczonych do użytku w innych państwach. Stopniowo zaczęły się rozwijać regionalne wersje systematyki procedur. Wieloletnie obserwacje potwierdziły zasadność różnicowania czynności związanych z wykonywanymi procedurami i konieczność rozwijania lokalnych odmian, lecz zawsze z zachowaniem pierwotnego schematu międzynarodowego [Kozierkiewicz 2008]. Pierwotnie klasyfikacja ICD 9 wersja 5.1 opublikowana w 1995 roku zawierała szesnaście rozdziałów. W rozdziałach I-XVI zawarto procedury chirurgiczne i część procedur zabiegowych ułożonych według podziałów anatomicznych, kolejny XVI rozdział opisywał procedury terapeutyczne, profilaktyczne i diagnostyczne. W kolejnych latach publikowano zmiany w klasyfikacji procedur przeznaczonej dla polskiej służby zdrowia. W tabeli przedstawiono główne zakresy podziału procedur.

Tab. 6 Zakresy Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – wersja polska –opracowanie własne na podstawie <http://www.icd9.pl/>, 13 luty 2012.

Rozdział	Zakresy Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych –wersja polska	Zakres kodów	National Center for Health Statistics
0	procedury i zabiegi nie sklasyfikowane gdzie indziej zabiegi		procedures and interventions, not elsewhere classified
I	zabiegi w zakresie układu nerwowego	01-05	operations on the nervous system
II	zabiegi w zakresie układu wydzielania wewnętrznego	06-07	operations on the endocrine system
III	zabiegi w zakresie oka	08-16	operations on the eye
IV	zabiegi w zakresie ucha	18-20	operations on the ear
V	zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	21-29	operations on the nose, mouth, and pharynx
VI	zabiegi w zakresie układu oddechowego	30-34	operations on the respiratory system
VII	zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego	35-39	operations on the cardiovascular system
VIII	zabiegi w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego	40-41	operations on the hemic and lymphatic system
IX	zabiegi w zakresie układu trawiennego	42-54	operations on the digestive system

X	zabiegi w zakresie układu moczowego	55-59	operations on the urinary system
XI	zabiegi w zakresie męskich narządów płciowych	60-64	operations on the male genital organs
XII	zabiegi w zakresie żeńskich narządów płciowych	65-71	operations on the female genital organs
XIII	operacje i zabiegi położnicze	72-75	obstetrical procedures
XIV	zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	76-84	operations on the musculoskeletal system
XV	zabiegi w powłokach ciała	85-86	operations on the integumentary system
XVI	zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne - różne	87-99	miscellaneous diagnostic and therapeutic procedures
XVII	procedury anestezjologiczne	100	rozdział występuje jedynie w wersji polskiej
XVIII	badania laboratoryjne i inne	AA	laboratory tests and other

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia zamieszcza w różnych odstępach czasowych kolejne wersje klasyfikacji procedur. Tylko rok 2011 przyniósł kilka nowych edycji. Informację o pięciu ostatnich zmianach w zakresie Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD 9 PL podano na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia [<http://www.nfz.gov.pl>, 13 luty 2012]. I tak informacje opublikowane dotyczyły zmian:

- 7 kwietnia 2011 aktualizacja do wersji 5.10
- 1 lipca 2011 aktualizacja do wersji 5.11
- 2 listopada 2011 – opublikowano klasyfikację w wersji 5.12
- 15 listopada 2011 – opublikowano w wersji 5.13
- 13 stycznia 2012 – obowiązuje od 1 stycznia 2012 – aktualizacja klasyfikacji do wersji 5.14
- 16 lutego 2012 – obowiązuje od 1 stycznia 2012 – aktualizacja klasyfikacji do wersji 5.15

Niestety pojawiającym się kolejnym wersjom stosunkowo rzadko towarzyszą informacje o rodzaju dokonanych zmian. Procedury zawarte w klasyfikacji podlegają różnym transformacjom. Przykładowo po ogłoszeniu wersji 5.9 nastąpiły zasadnicze zmiany w dziale opisującym świadczenia rehabilitacyjne. Konsekwencją tychże zmian była konieczność przekierowania części procedur wycenionych wg słownika w wersji 5.8 do wersji 5.9, natychmiastowej wyceny brakujących procedur, budowy nowej bazy staty-

stycznej niezbędnej do wyliczenia jednostki kalkulacyjnej na podstawie ilości procedur wykonanych i sprawozdawanych z poszczególnych ośrodków kosztów. W wersji ICD 5.11 Międzynarodowej Klasyfikacji po raz pierwszy pojawił się słownik badań laboratoryjnych. Wyjątkowo zamieszczane są w komunikatach opisy zmian, jak na przykład po aktualizacji do wersji 5.12 ogłoszono różnice w stosunku do poprzedniej wersji słownika ICD-9 w postaci:

- modyfikacja opisu procedur: S03, V47, 89.0, 89.02, 93.3303, 93.3976; 93.3977
- uszczegółowienie procedury 89.7 o kody 89.71, 89.72, 89.79;
- dodanie procedur: V48, 89.159, 89.523, 93.3102, 93.3104, 93.934, 93.983.

Każdorazowo w przypadku zmian w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych pojawia się konieczność tworzenia słowników różnicowych ICX... przez zespoły informatyków. Udostępnienie słowników, aktualizacja baz danych następują z przesunięciem czasowym. Prace takie wiążą się bezpośrednio z wykonaniem skryptu na bazie, a bazy programów najczęściej aktualizowane są w odstępach 2–3 miesięcznych. Szpitale pozo- stawione są własnej inwencji w odkrywaniu różnic i stoją kolejny raz przed faktem konieczności korekt w już wycenionych procedurach. Narodowy Fundusz Zdrowia, ogłaszając zmiany, powinien każdorazowo podać informacje o zmianach – a tak się niestety nie dzieje.

Opisanie procedur zgodnie ze sztuką wymaga ścisłej współpracy personelu. W przypadku gdy dana procedura wykonywana jest na różne sposoby, dla każdego z nich należy sporządzić odrębny opis. Przykładem takiej procedury jest gastroskopia. W ICD 9 w. 5.13 przewidziano wykonanie tego badania w wariantach: 44.11 *Przezbrzuszną gastroskopia*, 44.12 *Gastroskopia przez przetokę*, 44.13 *Gastroskopia – inne*. W ICD 9 w. 5.14 procedurę rozszerzono o: 44.161 *Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym* i 44.162 *Gastroskopia diagnostyczna z biopsją*. Praktyka natomiast pokazuje możliwość wykonywania tego badania w wariantach: z testem urazowym, z biopsją i oceną histopatologiczną, z polipektomią, z ostrzykiwaniem lub koagulacją krwawiących wrzodów czy termokoagulacją, których koszt jednostkowy waha się od 140 do 327 zł. W takich przypadkach każdorazowo należy posilkować się własnym kodowaniem procedur.

Tab. 7 Różnice w opisie i kodowaniu procedur według ICD9 PL pomiędzy wersją 5.13 a 5.14 w zakresie wybranych świadczeń tomografii komputerowej.

Kod Świadczenia wg ICD 9 wersji 5.13 / po drugiej kropce oznaczenie na potrzeby ZOZ MSWiA	Nazwa Świadczenia wg ICD 9 PL wersja 5.13 (w nawiasie nazwa uszczegółowiona na potrzeby wyceny procedur w ZOZ MSWiA)	Kod Świadczenia	Nazwa Świadczenia wg ICD 9 PL wersja 5.14
87.031	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi bez kontrastu	87.030	TK głowy bez kontrastu
		87.036	TK szyi bez kontrastu
		87.034	TK twarzoczaszki bez kontrastu
87.032	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi z kontrastem	87.049	TK głowy z kontrastem
87.033	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi bez kontrastu i z kontrastem	87.031	TK głowy bez kontrastu i z kontrastem
		87.032	TK głowy bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem
		87.037	TK szyi bez kontrastu i z kontrastem
		87.038	TK szyi bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem
		87.035	TK twarzoczaszki bez kontrastu i z kontrastem
87.04	Tomografia głowy i/ lub szyi - inne (Angio-TK tętnic mózgowych i Angio-TK tętnic szyjnych)	87.033	TK tętnic głowy i szyi
87.41	Komputerowa tomografia klatki piersiowej	87.410	TK klatki piersiowej bez kontrastu
		87.411	TK klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem
		87.412	TK klatki piersiowej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem

87.42	Tomografia klatki piersiowej - inne (Angio-TK tętnic płucnych)	87.415	TK tętnic klatki piersiowej (w tym aorta)
88.011	Komputerowa tomografia brzucha bez kontrastu	88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu
88.012	Komputerowa tomografia brzucha z kontrastem	88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu i z kontrastem
		88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontra- stem
88.02	Tomografia brzucha - inne (Angio-TK tętnic brzusznych i Angio-TK tętnic nerkowych)	88.013	TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta)
88.02.1	Angio TK kończyn	88.381	TK tętnic kończyn
88.38	Tomografia komputerowa - inne (kręgosłup, kończyny i stawy bez kontrastu)	88.383	TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu
		88.385	TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu
		88.387	TK kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego bez kontrastu
88.38.1	Tomografia komputerowa - inne (Kręgosłup, kończyny, stawy - bez i z kontrastem)	88.384	TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu i z kontrastem
		88.386	TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu i z kontrastem
		88.388	TK kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego bez kontrastu i z kontrastem

Jak widać w załączeniu, zdarza się niestety, że pod tymi samymi kodami kryją się różne opisy procedur, jak np.: pod kodem *87.031 Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi bez kontrastu* (5.13) i *TK głowy bez kontrastu i z kontrastem* (5.14). Procedury wprawdzie dotyczą zbliżonego obszaru anatomicznego, lecz z punktu oceny finansowej koszty osobowe (czas opisu) i koszty materiałowe (podanie drogiego kontrastu) kształtują się diametralnie różnie. Problematiczne jest każdorazowo oznaczenie procedur medycznych wykonywanych w danej pracowni, a nie znajdujących odzwierciedlenia w klasyfikacji. Można się tu posłużyć przykładem procedury *88.38.1 Tomografia komputerowa – inne* (Kręgosłup, kończyny, stawy – bez i z kontrastem) opisanej i wykonywanej w zakładzie a znajdującej swoje umocowanie dopiero w klasyfikacji wersja 5.14 pod postacią procedur:

- *88.384 TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu i z kontrastem,*

- 88.386 TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu i z kontrastem,
- 88.388 TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu i z kontrastem.

Problematyczne jest stosowanie różnych systemów kodowania w zależności od potrzeby. Dla określenia kosztu procedury posługujemy się niejednokrotnie kodem „własnym”, gdyż procedura wykonywana jest w kilku wariantach. Schematy klasyfikacji Jednorodnych Grup Pacjentów wymagają podania numeru według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (wersje kolejne). Jednocześnie sprawozdanie z wykonania procedur wysokospecjalistycznych, np.: rezonansu magnetycznego obwarowane jest zastosowaniem kodu z Katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK). I tak procedura 88.91 *Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu* (ICD PL w 5.13) w zależności o sytuacji będzie oznaczona:

- a) koszty – 89.91.1 Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu z kontrastem,
- b) JGP – 88.91 Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu,
- c) NFZ – 5.03.00.0000079 Badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym [Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 96/2011/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 22 grudnia 2011r, załącznik nr 1b do zarządzenia nr 81/2011/DSOZ].

We współczesnych systemach opieki zdrowotnej badania laboratoryjne należą do grupy najtańszych i najpowszechniej stosowanych metod diagnostycznych. W ośrodkach kosztów laboratorium analitycznym i bakteriologicznym Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji zdefiniowano około 130 procedur medycznych. Dotychczasowe prace nad wyceną jednostkowych kosztów bezpośrednich oparto na liście opracowanej na podstawie Klasyfikacji Badań Laboratoryjnych. Jednostkowe kody zbudowane były w schemacie alfanumerycznym. Rodzaj badania zakodowano literą informującą o kategorii np.: A lub B – analiza lekarska, G lub H badania układu krzepnięcia itd. Następne dwie lub trzy cyfry odpowiadały za materiał poddany badaniu i w końcu ostatnia część kodu (od dwóch do czterech cyfr) opisywała metodę zastosowaną przy wykonywaniu badania. W wersji ICD 5.11 Międzynarodowej Klasyfikacji po raz pierwszy pojawił się słownik badań laboratoryjnych, w którym opis procedury zawężono do jednej litery i dwóch cyfr. I tu pojawia się dla celów wyceny procedur konieczność stosowania własnej klasyfikacji. Obliczony koszt wykonania procedur potwierdza zasadność tworzenia wariantów procedur ze względu na typ metody wykonywania badania (automatyczna,

manualna), ze względu na materiał biologiczny wykorzystany do badania (krew, mocz itp.). Np.: morfologia czy retikulocyty wykonywane metodą automatyczną są tańsze niż wykonywane metodą manualną. Znaczna różnica w cenie tej samej procedury występuje również w przypadku badania próby zgodności serologicznej (E20). Dla pierwszej jednostki badanie jest droższe niż dla kolejnych.

Podobnie jak w innych zakresach klasyfikacji istnieje wiele braków w liście słowników procedur laboratoryjnych, co wymusza tworzenie kolejnych wariantów lub numerów procedur nieistniejących. Lista procedur sprowadzona do głównych grup bez uwzględnienia badań powszechnie wykonywanych, np.: fosforan nieorganiczny w moczu, klirens kreatyniny, kwas moczowy w moczu, wskaźnik wapniowo-kreatyninowy, morfologia krwi 19 parametrów – zmusza podmioty lecznicze do opracowywania własnych oznaczeń procedur. Zapisy w obecnej klasyfikacji dotyczące procedur laboratoryjnych są niejednoznaczne nie tylko dla osób prowadzących rozliczenia kosztowe, ale i dla samych diagnostów.

Analogiczne dylematy w codziennej rzeczywistości można odnaleźć we wszystkich ośrodkach kosztów rozliczanych procedurą medyczną. Mimo iż zmiany idą w dobrym kierunku (uszczegóławianie procedur, poszerzanie zakresów w poszczególnych działach), nadal wycena wg klasyfikacji sprawia wiele trudności. Nie da się uniknąć zmian w zakresie kodyfikacji procedur medycznych. Nowoczesne technologie, coraz doskonalsze materiały, technologie medyczne i leki powodują konieczność modyfikacji systematyki procedur. Zakłady lecznicze borykają się z brakiem platformy informacyjnej umożliwiającej komunikację i wymianę doświadczeń w zakresie jednostkowych kosztów procedur medycznych. Zmiany w zakresie ogłaszanych klasyfikacji procedur powinny odbywać się np. raz w roku w dużych grupach z podaniem rodzaju modyfikacji i wyznaczonym terminem modyfikacji (bez obowiązywania z datą wsteczną).

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2008 roku (Dz. Urz. MZ 08.03.10 → z dnia 29 kwietnia 2008r.) powołano zespół do przygotowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej zawierającego szczegółowe zasady prowadzenia rachunku kosztów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, korzystających ze środków publicznych oraz metody wyceny poszczególnych procedur medycznych, a także sposób i tryb realizacji sprawozdawczości w tym zakresie. Do dnia dzisiejszego nie ogłoszono wyników prac zespołu. Wprowadzenie w życie ustawy o działal-

ności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 spowodowało uchylenie z dniem 1 lipca 2011 roku podstawy prawnej Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Mamy więc obecnie swoiste *vacatio legis*, potrzebny jest natychmiast nowoczesny model kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz jednakowa dla wszystkich świadczeniodawców korzystających ze środków publicznych metoda kalkulacji kosztów. Taki stan umożliwi ustalenie rzeczywistego kosztu realizacji świadczeń, co wzmocni system zarządzania jednostką oraz zwiększy efektywność wykorzystywania posiadanych zasobów [Hass-Symoniuk 2010]. Widać potrzebę centralnego zbierania danych o kosztach jednostkowych procedur. Dotychczas stosowany rachunek kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie dawał wystarczającej informacji do podejmowania optymalnych decyzji operacyjnych. Stosowane rozwiązania w zakresie ewidencji i kalkulacji kosztów, choć były zgodne z obowiązującym prawem, pozostawiają wiele problemów bez rozwiązania. Konieczne jest wypracowanie zasad współpracy pomiędzy specjalistycznymi towarzystwami medycznymi (radiologiczne, chirurgiczne), grupami ekspertów z dziedziny rachunkowości a Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Bibliografia

Hass-Symoniuk M.(red), (2010), *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Kozierkiewicz A. (red.), (2008), *Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych czwarta polska edycja z aneksem: Klasyfikacja Badań laboratoryjnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.

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

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 96/2011/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 22 grudnia 2011r, załącznik nr 1b do zarządzenia nr 81/2011/DSOZ

Ziegman M., Zwierowicz J., Gajek F. (1997), *Procedury postępowania w Rachunku Kosztów Leczenia Szpitalnego*, Opracowanie na zlecenie Wydziału Zdrowia UW w Olsztynie, Warszawa.

<http://www.nfz.gov.pl>, 13 luty 2012

Joanna Wieczorek
NZOZ ZBM Zdrowie s.c

Rola controllingu w zarządzaniu strategicznym i operacyjnym Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej(NZOZ)

Streszczenie: Dynamika otoczenia i doskonalenie funkcjonowania przedsiębiorstwa warunkują stosowanie skutecznych instrumentów zarządzania. Jednym z najważniejszych z nich jest controlling strategiczny i operacyjny. W artykule przedstawiono elementy controllingu eksponując ich rolę w zarządzaniu przedsiębiorstwem. Zaprezentowano wyniki ich implementacji w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Zaprezentowano rezultaty przeprowadzonej analizy SWOT. Opracowano mapę strategii przedsiębiorstwa ujmując cele strategiczne w czterech perspektywach strategicznej karty wyników(SKW). W obszarze controllingu operacyjnego stworzono karty budżetowe pozwalające planować i monitorować cele szczegółowe i zadania.

The role of controlling In strategic and operating management in unpublic clinic

Abstract: Dynamic environment and improvement of company functioning demand to apply efficient management tools. One of the most important is strategic and operating controlling. In the study the elements of controlling in company management are presented. The results of their implementation and effect of conducted SWOT analysis in unpublic clinic is presented. The company strategy map with strategic aims in four perspectiv of strategic score card is developed. Budget cards allowing planing, monitoring details aims and tasks were created in the area of operating controlling.

Wprowadzenie

Współczesne przedsiębiorstwa działają w otoczeniu, które jest dynamiczne, ale często trudno przewidywalne. Także procesy biznesowe zachodzące w samych przedsiębiorstwach są coraz bardziej złożone. Zagadnienia zarządzania odgrywają więc coraz większą rolę nie tylko w dużych

korporacjach, ale także w różnego typu małych firmach. Ich menedżerowie i właściciele poszukują instrumentów wspierających skuteczność i efektywność zarządzania. Takim instrumentem jest controlling, którego aspekty strategiczne i operacyjne były przedmiotem badań prezentowanego artykułu. W szczególności jego celem było zaprezentowanie wdrożenia takich elementów controllingu, jak analiza strategiczna, zrównoważona karta wyników i system budżetowania w małym przedsiębiorstwie oraz wskazanie ich ważnej roli w jego systemie zarządzania. Podmiotem badania był niepubliczny zakład opieki zdrowotnej funkcjonujący w formie spółki cywilnej. Przedsiębiorstwo (NZOZ) działa na rynku od 1999 roku. Jest ono zakładem prywatnym, którego właścicielami są osoby fizyczne.

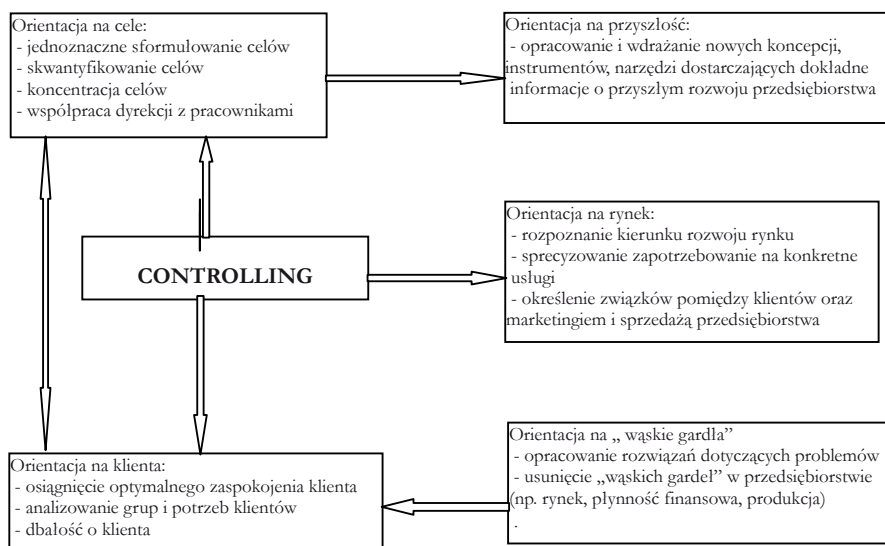
Koncepcja controllingu w systemie zarządzania przedsiębiorstwem

Przez pojęcie controllingu najogólniej rozumie się proces sterowania zorientowany na wynik przedsiębiorstwa, realizowany przez planowanie, kontrolę i sprawozdawczość. Poprzez planowanie, dostarczanie informacji, kontrolę oraz koordynację, controlling jest narzędziem mającym na celu usprawnienie procesu zarządzania przedsiębiorstwem.

Załoženiami controllingu są:

- orientacja na cele – controlling doradza zarządowi,
- orientacja na przyszłość – controlling orientuje działalność na przyszłość,
- orientacja na „wąskie gardła” – zadaniem controllingu jest wyszukiwanie tych „wąskich gardeł” (najsłabszych obszarów w przedsiębiorstwie i jego otoczeniu
- orientacja na rynek – zadaniem controllingu jest odkrywanie trendów na rynku [Sierpińska, Niedbała 2002, s. 16].

Controlling, będąc systemem sterowania organizacją, zorientowanym na wynik i realizowanym poprzez planowanie, kontrolę, jest ponad funkcyjnym instrumentem zarządzania, którego zadaniem jest zintegrowanie poszczególnych obszarów działalności przedsiębiorstwa.

Rys. 1. Wzajemnie powiązania między założeniami controllingu

Źródło: Opracowanie na podstawie: Jędralska K., Woźniak-Sobczak K.B. (2001), *Metoda controllingu i jej implementacja w zarządzaniu biznesem*, AE, Katowice, s. 38.

Controlling strategiczny i operacyjny jako instrumenty zarządzania.

Z punktu widzenia szczebli zarządzania rozróżnia się:

1. Controlling strategiczny, czyli analizę odchyleń w przekroju pełnego zakresu systemu planów, od planu strategicznego do operacyjnego. Controlling strategiczny ma za zadanie pomagać kierownictwu w realizacji zamierzeń długookresowych. Opiera się głównie na danych jakościowych.

Do głównych zadań controllingu strategicznego należy:

- określanie i przekazywanie celów strategicznych do wszystkich szczebli kierowniczych,
- wskazanie metod, narzędzi i mierników realizacji celów strategicznych,
- identyfikacja kluczowych czynników sukcesu, od których zależy realizacja celów strategicznych firmy,
- koordynacja procesu planowania długookresowego we wszystkich działach przedsiębiorstwa,
- zaprojektowanie systemu informacji zarządczej niezbędnej do podejmowania długofalowych decyzji.

Aby rola controllingu została spełniona i nałożone na niego zadania zostały wykonane, konieczne jest stosowanie wielu instrumentów i narzędzi zarządczych, zarówno z dziedziny planowania, jak i kontroli. Narzędzia

wykorzystywane w controllingu strategicznym mają swoje źródła w obszarze: finansów, rachunkowości zarządczej, analizie ekonomicznej, strategicznej, wskaźnikowej.

Wśród najpopularniejszych metod wykorzystywanych w controllingu strategicznym można wymienić :

- strategiczną kartę wyników,
- cykl życia produktu,
- metodę SPACE,
- macierz BCG,
- analizę SWOT.

2. Controlling operacyjny obejmujący niepełny zakres planów – od rocznego, rynkowego planu techniczno-ekonomicznego, do planu operacyjnego; jest on ukierunkowany na osiągnięcie bieżących celów w zakresie zyskowności przy wykorzystaniu danych ilościowych, przede wszystkim kosztów, przychodów i wyników. Controlling operacyjny polega na ustaleniu celów krótkookresowych, planowaniu i kontroli operacyjnej, porównaniu budżetów z rzeczywistym wykonaniem, określeniu zaistniałych odchyleń i zakresu odpowiedzialności osób za te odchylenia.

Do głównych narzędzi controllingu operacyjnego zaliczyć można:

- krótkoterminowy rachunek wyników,
- budżetowanie i analiza odchyleń,
- rachunek przepływów pieniężnych,
- analiza kosztów w oparciu o różne systemy rachunku kosztów(rachunek kosztów zmiennych, działań, docelowych, standardowych),
- analiza wskaźnikowa.

Istotę controllingu strategicznego i operacyjnego jako modelu jego wdrażania dla przedsiębiorstw będących niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej przedstawiono na rysunku nr 2.

Implementacja controllingu w systemie zarządzania NZOZ

Charakterystyka badanego przedsiębiorstwa

Podmiotem badania był niepubliczny zakład opieki zdrowotnej funkcjonujący w formie spółki cywilnej. Przedsiębiorstwo (NZOZ) działa na rynku od 1999 roku. Jest ono zakładem prywatnym, którego właścicielami są osoby fizyczne. Początkowo głównym przedmiotem działalności było świadczenie usług z zakresu medycyny pracy. W przeciągu sześciu lat istnienia firma stopniowo rozszerzała wachlarz usług, podwyższając jednocześnie ich standard, nawiązała współpracę z Narodowym Funduszem

Zdrowia, pozyskiwała coraz większą i nowocześniejszą bazę lokalową, co w tym przypadku działalności jest czynnikiem wpływającym na zakres świadczonych usług.

Podstawową działalnością pozostały kompleksowe świadczenia z zakresu medycyny pracy, obejmujące pełen zakres badań tej specjalności. Istotnym uzupełnieniem strony medycznej tych badań są badania z zakresu psychologii pracy, których spółka jest jedną z nielicznych firm w tym obszarze działania.

Dopelnieniem usług medycyny pracy są szkolenia z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej na miejscu zdarzenia, szczepienia profilaktyczne pracowników, wizytacje stanowisk pracy, udział w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy, analizy przyczyn wypadkowości, a także opieka konsultanta medycznego.

Oprócz nadmienionego już przedmiotu działalności, w zakres usług wchodzi świadczenia specjalistyczne realizowane w poradniach zakładu. Są to: świadczenia laryngologiczne, ortopedyczne, okulistyczne, kardiologiczne, neurologiczne, urologiczne, leczenie bólu, rehabilitacyjne oraz, co stanowi punkt wyjścia dla wyżej nadmienionych, świadczenia w ramach Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, dzięki czemu zakład może kierować zadeklarowanych pacjentów do poradni specjalistycznych, zapewniając im nieograniczony dostęp do potrzebnych konsultacji.

Kadra pracujących lekarzy składa się w ponad 80% ze specjalistów z długoletnim stażem pracy, posiadających stopień naukowy doktora nauk medycznych. Pozostała część to osoby w trakcie specjalizacji, intensywnie zdobywające coraz szerszą wiedzę.

Świadczenia medyczne finansowane są w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) obejmującym zarówno procedury specjalistyczne, jak i świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Pacjenci mogą być także przyjmowani odpłatnie, co dotyczy osób nieubezpieczonych, obcokrajowców bądź w przypadku, gdy brak jest pokrycia finansowego procedury ze strony NFZ, ale także indywidualnych konsultacji specjalistycznych lub usług medycyny pracy, które nie są finansowane przez ubezpieczyciela. Istotnym zagrożeniem dla przedsiębiorstwa jest mało stabilna sytuacja na rynku usług medycznych.

Obecność wyłącznie jednego dużego ubezpieczyciela nie daje pewności stałego świadczenia usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tym bardziej, że o wyborze kontrahenta nie zawsze decyduje jakość świadczeń medycznych. Coraz większą rolę na rynku odgrywa konkurencja. W tej sytuacji NZOZ poszukuje i wdraża takie instrumenty

zarządzania, które pozwolą mu zwiększyć efektywność oraz ukierunkować jego rozwój. Jak już stwierdzono, do takich instrumentów należy controlling. Jednym z jego rodzajów, a zarazem jednym z dwóch zasadniczych filarów, jest controlling strategiczny i operacyjny.

Narzędzia controllingu strategicznego i operacyjnego zastosowane w badanym przedsiębiorstwie

W zakresie stosowania narzędzi controllingu strategicznego wykorzystano metodologię analizy strategicznej SWOT oraz strategiczną kartę wyników.

Do przeprowadzenia analizy strategicznej wykorzystana została metoda SWOT. Analiza ta została podzielona na dwa podetapy:

- analiza otoczenia konkurencyjnego i powszechnego (makrootoczenie),
- analiza przedsiębiorstwa.

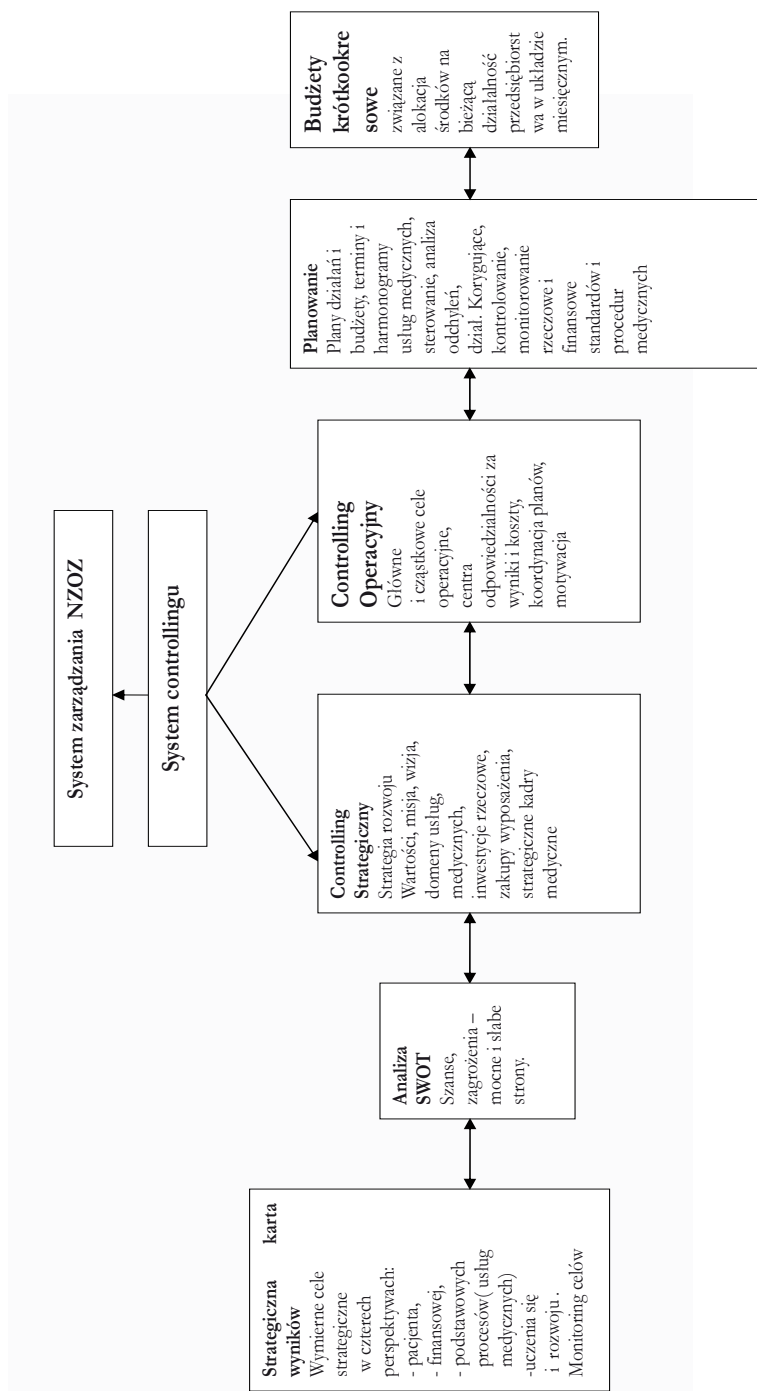
Pierwszy obszar analizy pozwolił na zidentyfikowanie szans i zagrożeń, na jakie napotyka przedsiębiorstwo, działając w zmiennym otoczeniu rynkowym. Analiza przedsiębiorstwa ukazuje silne i mocne strony wewnątrz przedsiębiorstwa. Została ona skonstruowana w podziale na poszczególne perspektywy: finansową, rynkową, procesów wewnętrznych (organizacyjnych) i rozwoju [Kaplón, Norton 2001s. 27]. Wyniki analizy SWOT przedstawiono w tabelach: 1–4.

Przeprowadzona analiza SWOT pozwoliła na sformułowanie celów strategicznych, które przedstawiono w formie mapy strategii na rysunku 3.

W przypadku stosowania controllingu operacyjnego skoncentrowano się na jego zadaniach, którymi są:

- koordynacja i udział w ustalaniu głównych i częściowych celów działalności ZOZ,
- przełożenie planów działań na budżety, w tym głównie określonych procedur medycznych,
- opracowanie planów procesów i procedur medycznych służących realizacji poszczególnych celów,
- zapewnienie spójności oraz koordynacji pomiędzy wszystkimi planami (w tym usług medycznych),
- porównywanie planów z ich wykonaniem oraz określenie przyczyn odchyień,
- sporządzanie sprawozdań i opracowywanie innych informacji przydatnych do bieżącego podejmowania decyzji oraz sterowania procesem realizacji usług medycznych,
- sporządzanie sprawozdań finansowych z wykonywania umów NFZ,
- zapewnienie krótkookresowej płynności finansowej,
- zwiększenie wartości kapitału własnego umożliwiającego rozwój firmy.

Rysunek 2 Koncepcja systemu controllingu w zakładzie opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne

Analiza otoczenia powszechnego przedsiębiorstwa

Tab. 1 Szanse i zagrożenia

Szanse	Zagrożenia
Możliwość pozyskiwania funduszy z Unii Europejskiej.	Istnienie na rynku jednego ubezpieczyciela świadczeń zdrowotnych (NFZ).
Zwiększające się wymagania pacjentów kreujące popyt.	Pojawienie się nowych konkurentów.
Zainteresowanie klientów coraz szerszym zakresem usług medycznych.	Niekorzystne zmiany demograficzne.
Brak substytutów.	Mało stabilna sytuacja na rynku usług medycznych.
Przystępowanie do programów profilaktycznych.	Zubożenie społeczeństwa.
Wzrost znaczenia i rozwój usług medycznych. Bogacenie się społeczeństwa umożliwiające większą troskę o zdrowie.	Rynek, na którym działa przedsiębiorstwo, jest obszarem o bardzo wysokim wskaźniku bezrobocia wśród miast w regionie Górnego Śląska.

Źródło: opracowanie własne

Tab. 2 Słabe i mocne strony – zasoby finansowo- majątkowe (perspektywa finansowo-majątkowa)

Silne strony	Słabe strony
Wysokie tempo wzrostu zysku.	Niewykorzystywane w pełni efektywnie posiadane zasoby majątkowe.
Posiadanie wysokiej jakości aparatury medycznej.	Brak optymalizacji kosztów osobowych.
Świadczenie usług w nowoczesnym, nowo wybudowanym budynku.	Stosunkowo niski poziom płynnych środków finansowych.
Dobra sytuacja finansowa.	

Źródło: opracowanie własne

Tab. 3 Słabe i mocne strony – zasoby kadrowo-organizacyjne

Silne strony	Słabe strony
System motywacyjny oparty na satysfakcji pacjentów.	Brak kilku procedur (np. procedury obsługi pacjenta, procedura składania wniosków i skarg).
Wysoka jakość usług.	Brak systemu jakości.

Posiadanie wymogów kompetencyjnych dla stanowisk pracy.	Niedostępna funkcja e-przychodnia.
Posiadania dokumentacji elektronicznej pacjentów.	Słaba znajomość języków obcych.
Wykorzystywanie w wysokim stopniu narzędzi informatycznych i zaawansowanych technologii (np. system teleradiologii).	Brak określonego systemu kontroli.
Możliwość zdalnej pracy przez pracowników administracyjnych.	Brak okresowego monitorowania usług kontraktowanych z NFZ.
Posiadanie dobrze opracowanej polityki promocyjnej.	Brak działań w celu pomiaru zapotrzebowań na poszczególne usługi.
Rozwój naukowy pracowników.	

Źródło: opracowanie własne

Tab. 4 Słabe i mocne strony – zasoby rynkowe

Silne strony	Słabe strony
Kompleksowość świadczonych usług.	Słaby image firmy.
Ustabilizowana pozycja na rynku.	Klienci głównie z miasta lokalizacji przedsiębiorstwa.
Innowacyjne świadczenie usług z zakresu medycyny pracy – „wszystko w jednym dniu”.	Małe zaangażowanie pracowników w pozyskiwanie nowych klientów.
Wysoka jakość świadczonych usług.	Nieduża ilość posiadanych programów profilaktycznych.
Edukacja na rzecz społeczności lokalnej.	Dość niski poziom orientacji na dobre relacje z klientami.
Posiadanie pakietów lojalnościowych dla klientów.	
Duża zdolność reagowania na potrzeby rynku.	
Posiadanie „pakietów korzyści” dla klientów.	
Aktywny udział w życiu społeczności lokalnej.	
Korzystna relacja jakości do ceny.	
Dobra lokalizacja w centrum miasta.	

Źródło: opracowanie własne

W analizowanym przedsiębiorstwie sposobem koordynacji procesu podejmowania decyzji jest sporządzanie szczegółowych planów działania w podziale na miesiące. Plany te wyrażone są w kategoriach ilościowych i wartościowych, tworząc budżety. Budżety przedsiębiorstwa powstały

w oparciu o wyodrębnione ośrodki odpowiedzialności, wybraną metodę budżetowania. Każdy budżet posiada osobę odpowiedzialną za jego realizację, a zbudowany system monitorowania działań jednostki gospodarczej informuje o wszelkiego rodzaju odchyleniach wartości planowanych od zrealizowanych. Podczas sporządzania budżetów kosztów zachowane zostały zasady roczności, ciągłości, jedności, planowości. Budżety powstały w przedsiębiorstwie w oparciu o zasadę budżetów narastających. Dane zawarte w budżetach SA wynikiem korekty wartości danych z poprzedniego okresu o przewidywane efekty zmian (dane otrzymane od Właściciela, dotyczące planowanej inflacji, zmiany koniunktury gospodarczej, zmiany popytu na usługi medyczne, zmiany w stosowanych technologiach usług medycznych, zamierzonych oszczędnościach, trudności z dostępem do specjalistów, badań diagnostycznych, dostępności danych leków). Budżety w Zakładzie są elastyczne.

Oznacza to możliwość dokonywania zmian, przesunięć środków budżetowych w ciągu roku budżetowego.

Budżet ma charakter dynamiczny, zmiany zarówno wewnątrz Zakładu, jak i w otoczeniu zewnętrznym, będą miały w ciągu trwania budżetów ogromny wpływ na jego realizację. Elastyczność budżetów pozwoli na ich aktualizacje.

W Zakładzie występują następujące rodzaje budżetów:

- 1) budżet operacyjny, na który składają się:
 - a. budżet przychodów,
 - b. budżet kosztów działalności operacyjnej,
- 2) budżet działalności,
- 3) budżet pozostałych przychodów i kosztów.

Budżet operacyjny

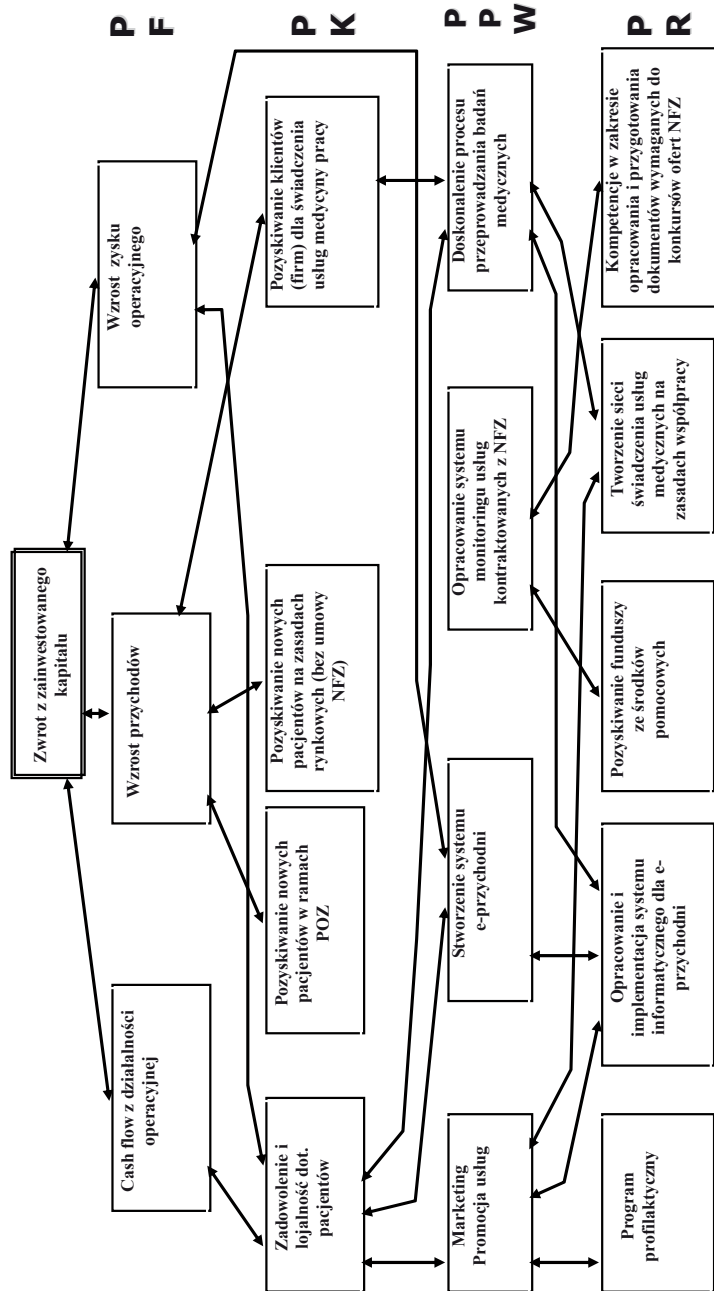
Zgodnie z tym podziałem budżet przychodów stanowią przychody generowane z tytułu świadczenia usług w ramach kontraktów z NFZ, usługi w ramach abonamentów prywatnych oraz usługi diagnostyczne i laboratoryjne pozostałe, natomiast budżet kosztów działalności operacyjnej stanowią koszty materiałów i usług bezpośrednich niezbędnych do ich osiągnięcia.

Budżet działalności

Tworzony jest w oparciu o obszar miejsc powstawania kosztów oraz obszar rodzajów kosztów.

Budżety pozostałych przychodów i kosztów

Określane są dla wielkości przychodów i kosztów finansowych oraz pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych.



Źródło: opracowanie własne

Rysunek 3 Mapa strategii Zakładu Opieki Zdrowotnej

Rysunek 5 Wzór karty budżetu operacyjnego Zakładu

[illegible]

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza strategiczna wskazuje, że badane przedsiębiorstwo cechuje duża elastyczność, jakość oraz innowacyjność świadczonych usług, co daje mu ugruntowaną pozycję na rynku lokalnym. Firma posiada wysoko wykwalifikowany personel oraz kadre zarządzającą. Przedsiębiorstwo posiada nowoczesną aparaturę medyczną, dzięki czemu może świadczyć usługi w sposób profesjonalny i kompleksowy. Brak konkretnych zadań oraz celów szczegółowych dla poszczególnych komórek organizacyjnych powoduje, iż posiadane zasoby nie są w pełni wykorzystywane. Opracowana i zastosowana strategiczna karta wyników ma zmienić ten stan rzeczy. Zwiększająca się konkurencyjność w sektorze, w którym działa przedsiębiorstwo, powoduje, że na bieżąco poszerzać ono musi wachlarz swoich usług oraz szukać nisz rynkowych, przy zachowaniu efektywności działań. Posiadane przez NZOS zasoby materialne jak i kompetencyjne pozwolą na pozyskanie klientów z rynku lokalnego jak i regionalnego, kontrolując przy tym precyzyjnie koszty. Istnienie na rynku usług medycznych jednego podmiotu ubezpieczenia powszechnego powoduje, iż w celu optymalizacji posiadanych zasobów oraz wzrostu rentowności usług Firma powinna bardziej zaangażować się w szukanie nowych grup pacjentów. Te uwarunkowania uzasadniają wprowadzenie i stosowanie w badanym przedsiębiorstwie zarówno strategicznej karty wyników jak i systemu budżetowania – skutecznych narzędzi controllingu.

Bibliografia

- Gierszewska G., Romanowska M. (2002), *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa.
- Hass-Symotiuk Maria (red.), (2008), *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Jędralska K. Woźniak-Sobczak K.B. (2001), *Metoda controllingu i jej implementacja w zarządzaniu biznesem*, AE, Katowice.
- Kaplon R.S., Norton D.P. (2001), *Strategiczna Karta Wyników*, PWN, Warszawa.
- Krupski R. (red.) (2007), *Zarządzanie Strategiczne*, Wyd.AE we Wrocławiu, Wrocław.
- Sierpińska M, Niedbala B. (2002), *Controlling operacyjny w przedsiębiorstwie*, PWN Warszawa.
- Sobańska I. (red.) (2006), *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza*, C.H. Beck, Warszawa.

Rozdział II

Zarządzanie informacją

Janusz Chęłchowski, Brygida Kondracka
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazur-
skim Centrum Onkologii w Olsztynie

**System zarządzania ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa
przetwarzanych informacji na przykładzie Zakładu Opieki
Zdrowotnej MSW w Warmińsko-Mazurskim Centrum
Onkologii w Olsztynie**

Streszczenie: Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w Zakładzie Opieki Zdrowotnej jest działaniem, które ma zagwarantować bezpieczeństwo pacjentom, lekarzom i wszystkim pozostałym osobom, których dane są i będą przetwarzane w systemach medycznych.

Ochrona informacji nie powinna opierać się na jednostkowych rozwiązaniach, ale należy ją rozpatrywać w ujęciu systemu zarządzania opartego na szacowaniu ryzyka. Taką możliwość dają międzynarodowe standardy ISO/IEC 27001:2005 oraz ISO/IEC 17799:2005. Pierwszy z nich zawiera wymagania i jest podstawą certyfikacji systemu. Drugi pełni rolę przewodnika, dostarczając zbiór dobrych praktyk w zakresie utrzymania i doskonalenia systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Obie normy stanowią komplementarną parę i zostały wykorzystane przez Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie – jako element systemowego podejścia do zarządzania oraz zintegrowane z wcześniej wdrożonym Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Zarządzania Środowiskowym, Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, Systemem Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym oraz Standardami Akredytacyjnymi.

**Risk management system with regard to the security of
processed information on the example of the Health Care
Center of the Ministry Of Internal Affairs with the Warmia and
Masuria Oncology Center in Olsztyn**

Abstract: Information security management in the Health Care Center is an action that has to guarantee safety to patients, doctors and all others persons whose data are and will be processed in health care systems.

Information protection should be based on fragmentary solutions, but it should be examined in terms of a management system based on risk estimation. This possibility is provided by the international standards ISO/IEC 27001:2005 and ISO/IEC 17799:2005. The first of them contains requirements and is the basis for the certification of the system. The second one plays the role of a guide, providing a set of good practices with regard to maintenance and improvement in the information security management system. Both standards are complementary and have been used by the Health Care Center of the Ministry of Internal Affairs with the Warmia and Masuria Oncology Center in Olsztyn – as an element of system approach to management, and integrated with the previously implemented Quality Management System, Environmental Management System, Occupational Health and Safety System Management System, Corruption Hazard Counteracting System, and Accreditation Standards.

Informacje stają się coraz bardziej cenne, a tym samym ich ochrona coraz ważniejsza. Tym bardziej dotyczy to danych wrażliwych, z którymi mamy do czynienia w ochronie zdrowia. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w Zakładzie Opieki Zdrowotnej jest działaniem, które ma zagwarantować bezpieczeństwo pacjentom, lekarzom i wszystkim pozostałym osobom, których dane są i będą przetwarzane w systemach medycznych. Dlatego też należy zadać sobie pytanie, czy istotne informacje są dostatecznie chronione? Aby odpowiedzieć, należy najpierw zdefiniować i określić, co to jest informacja i na czym polega jej bezpieczeństwo.

Zgodnie z ISO 17799:2005 „Informacja to aktyw, który, podobnie jak inne ważne aktywa biznesowe, ma dla instytucji wartość i dlatego należy go odpowiednio chronić”. Podstawą ochrony informacji jest identyfikacja aktywów (zasobów) oraz decyzja odnośnie stopnia ich ochrony. Aktywa podlegające ochronie obejmują zazwyczaj informacje w postaci cyfrowej, dokumenty zapisane na papierze oraz środki trwałe, takie jak komputery i sieci. Aktywami określa się również personel i wiedzę, które należy traktować jako majątek firmy.

Bezpieczeństwo informacji jest to ochrona informacji przed szeroką gamą zagrożeń w celu zapewnienia ciągłości biznesu i minimalizowania ryzyka biznesowego. Jest realizowane poprzez wdrażanie odpowiedniego systemu zabezpieczeń, w tym polityki, procesów, procedur, struktury organizacyjnej, funkcji oprogramowania i sprzętu. W praktyce bezpieczna informacja oznacza, że muszą być spełnione trzy zasadnicze atrybuty ochrony: poufność, integralność, dostępność.

Rys. 1 Cechy bezpieczeństwa informacji



Źródło: PN ISO/IEC 17799:2005 Praktyczne zasady zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN 2007.

Rozważmy typowy szpital. Z jednej strony grupa ludzi przebywających w warunkach szpitalnych: pacjenci, personel medyczny, administracyjny i gospodarczy, dostawcy, goście, wśród nich osoby życzliwe ale także i nieżyczliwe. Z drugiej – wiele pokoi i pomieszczeń, sprzętu wysokiej jakości, dostępność do leków, wiele wejść i łatwość poruszania się po budynku. Przede wszystkim jednak ogrom informacji przechowywanej oraz przetwarzanej w różnych miejscach, urządzeniach i nośnikach: na papierze, tablicach informatycznych, nośnikach elektronicznych, komputerach i serwerach, w pamięci drukarek, kopiarek i faksów, na kliszach i zdjęciach RTG, w pamięci różnych urządzeń technicznych, w tym diagnostycznych. Zauważmy, że dostęp do danych powinien być nieprzerwany, bez względu na okoliczności i zdarzenia losowe, np. awaria czy brak zasilania. W przypadkach, które wiążą się z ratowaniem życia ludzkiego, informacje takie są na wagę życia lub zdrowia i lekarze muszą mieć zagwarantowany stały dostęp do nich. Kwestia kolejna to zabezpieczenie zbioru przed nieuprawnionym dostępem. Dzisiejsze systemy informatyczne pozwalają na bardzo szybki dostęp do każdej informacji, która jest w nich przetwarzana. Ponadto ich część ma dostęp do sieci publicznej. W związku z tym istnieje ryzyko, że ktoś niepowołany może wejść w posiadanie tych danych i wykorzystać je do całkiem innych celów, niezgodnych z przeznaczeniem. A co jeżeli baza danych ulegnie awarii i utracimy wszystkie zgromadzone tam informacje? Z punktu widzenia danych medycznych sytuacja ta jest niedopuszczalna.

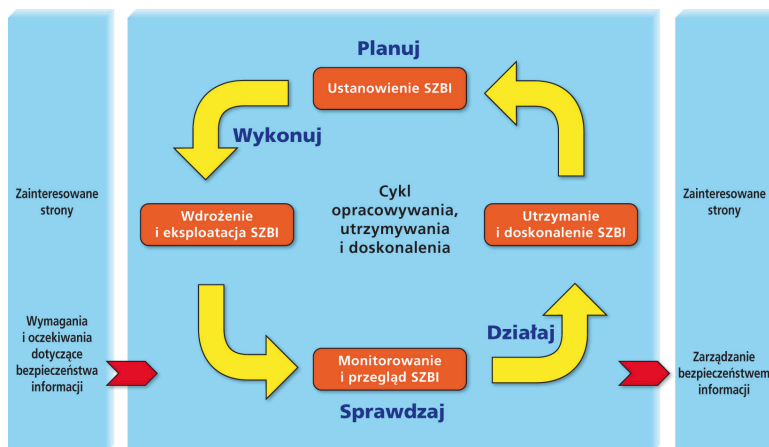
Jak więc stworzyć bezpieczne warunki do sprawnego wytwarzania, pozyskiwania, gromadzenia i interpretowania informacji?

Ochrona informacji nie powinna opierać się na jednostkowych rozwiązaniach, ale należy ją rozpatrywać w ujęciu systemu zarządzania opartego na szacowaniu ryzyka. Taką możliwość dają międzynarodowe standardy

ISO/IEC 27001:2005 oraz ISO/IEC 17799:2005. Pierwszy z nich zawiera wymagania i jest podstawą certyfikacji systemu. Drugi pełni rolę przewodnika, dostarczając zbiór dobrych praktyk w zakresie utrzymania i doskonalenia systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Obie normy stanowią komplementarną parę i zostały wykorzystane przez Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie – jako element systemowego podejścia do zarządzania oraz zintegrowane z wcześniej wdrożonym Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Zarządzania Środowiskowym, Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, Systemem Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym oraz Standardami Akredytacyjnymi.

Standard ISO/IEC 27001:2005 określa wymagania dla ustanowienia, wdrożenia, zarządzania, monitorowania i doskonalenia udokumentowanego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (SZBI, ang. ISMS – Information Security Management System) oraz 11 obszarów mechanizmów kontrolnych obejmujących: politykę bezpieczeństwa, organizację bezpieczeństwa, zarządzanie aktywami, bezpieczeństwo zasobów ludzkich, bezpieczeństwo fizyczne i środowiskowe, zarządzanie systemami i sieciami, kontrolę dostępu, pozyskiwanie, rozwój i utrzymanie systemów informatycznych, zarządzanie incydentami bezpieczeństwa, zarządzanie ciągłością działania, zapewnienie zgodności z wymaganiami wewnętrznymi i prawnymi.

Rys. 2. Model PDCA stosowany w procesach SZBI



Źródło: PN ISO/IEC 27001:2007 Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN, 2007

- **Planuj (ustanowienie SZBI)**

Ustanowienie polityk bezpieczeństwa, zadań, celów, procesów i procedur odpowiednich dla zarządzania ryzykiem i doskonalenia bezpieczeństwa informacji w celu spełnienia postanowień polityki i celów organizacji.

- **Wykonuj (wdrożenie i eksploatacja SZBI)**

Wdrożenie i zastosowanie polityk bezpieczeństwa zabezpieczeń, procesów, procedur.

- **Sprawdzaj (monitorowanie i przegląd SZBI)**

Ocena i gdzie to możliwe pomiar wykonania procesów w odniesieniu do polityk bezpieczeństwa, celów i praktycznych doświadczeń oraz przekazywanie kierownictwu wyników do przeglądu.

- **Działaj (utrzymanie i doskonalenie SZBI)**

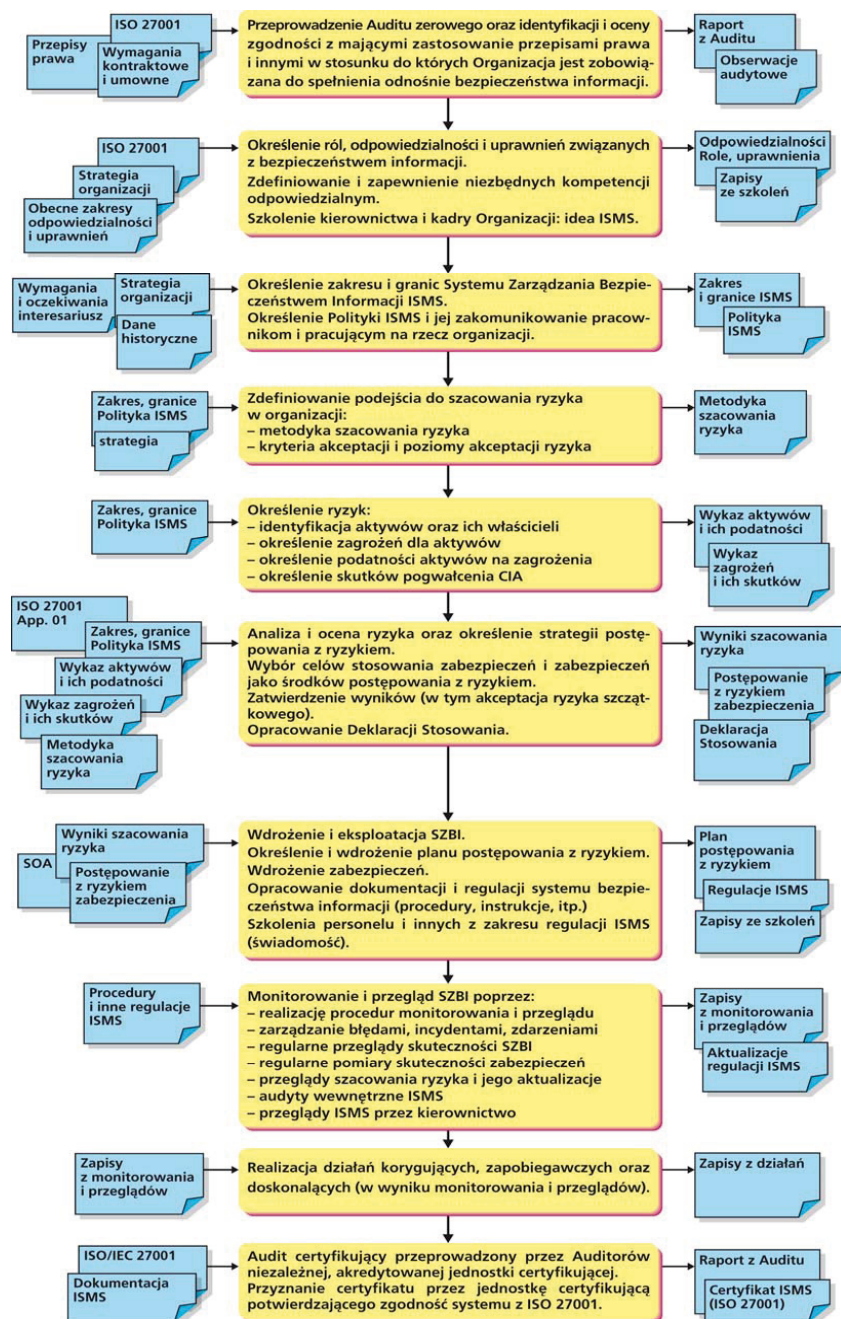
Podejmowanie działań korygujących i zapobiegawczych na podstawie wyników przeglądu realizowanego przez kierownictwo tak, aby osiągnąć ciągle doskonalenie SZBI.

W Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie bezpieczeństwo informacji zapewnione jest poprzez:

- 1) zarządzanie ryzykiem, na które składa się:
 - klasyfikacja zasobów i ich wartości,
 - identyfikacja stopnia zagrożeń i ich następstw przy uwzględnieniu następujących kryteriów: skutki utraty informacji, miejsce występowania, ryzyko utraty,
 - określenie działań zabezpieczających zasoby.
- 2) zarządzanie zmianami, na które składa się:
 - analiza wpływu zmian na poziom bezpieczeństwa,
 - zapewnienie pełnej koordynacji podczas wprowadzania zmian.
- 3) zarządzanie ciągłością organizacji poprzez określenie i wdrożenie instrukcji i procedur awaryjnych.

Wdrożony System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji jest zaprojektowany tak, aby zapewnić optymalne zabezpieczenia, które gwarantują wypełnienie obowiązujących przepisów prawa oraz w pełni chronią aktywa informacyjne szpitala. Pozwala to na uzyskanie zaufania pacjentów, płatników, partnerów rynkowych i innych zainteresowanych stron.

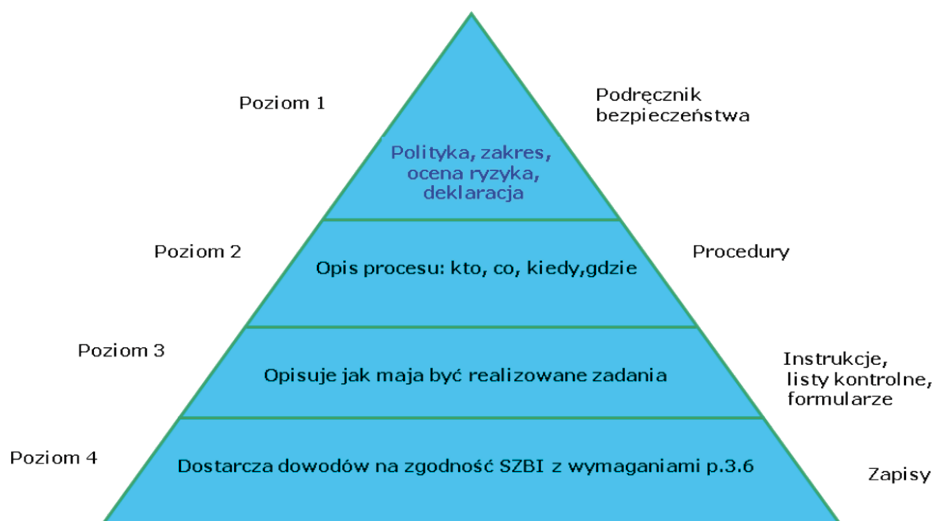
Rys. 3. Przebieg procesu wdrażania Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji



Źródło: <http://www.iso.org.pl/proces-wdrazania-iso-27001> 15.02.2012

Zakres uprawnień i odpowiedzialności związany z zarządzaniem bezpieczeństwem informacji określony został w procedurach i politykach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Rys. 4. Struktura dokumentacji SZBI zgodnie z ISO/IEC 27001:2005



Źródło: PN ISO/IEC 27001:2007 Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN, 2007

Przyjęta przez Szpital MSW w Olsztynie struktura dokumentacji przedstawia się następująco:

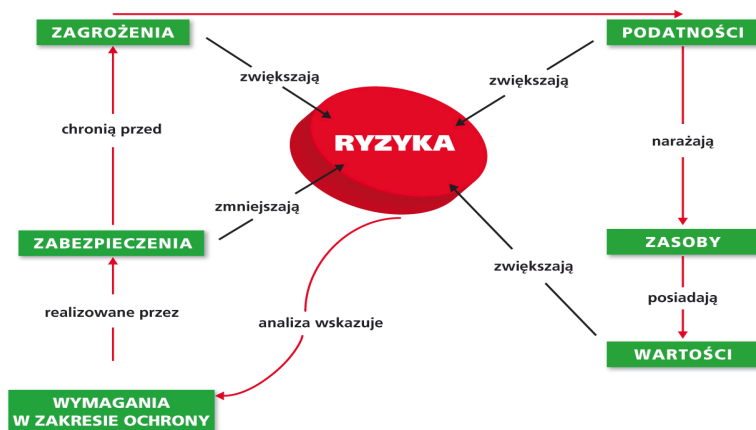
- Księga Bezpieczeństwa Informacji
- Procedury Zintegrowano Systemu Zarządzania:
 - PJ 2-2 Nadzór nad dokumentacją i zapisami
 - PJ 2-1 Cele, środki i zasoby Zintegrowanego Systemu Zarządzania
 - PJ 13-1 Zarządzanie zasobami ludzkimi
 - PJ 2-3 Audyty wewnętrzne
 - PJ 2-5 Działania korygujące i zapobiegawcze
- Polityki zawarte w XVII procesie ZSZ: Zarządzanie Bezpieczeństwem Informacji
 - SZBI_Pol-17-1 Polityka szacowania ryzyka
 - SZBI_Pol-17-2 Polityka tworzenia kopii zapasowych i archiwizacji informacji
 - SZBI_Pol-17-3 Polityka postępowania ze sprzętem i nośnikami danych
 - SZBI_Pol-17-4 Polityka kontroli dostępu do systemu
 - SZBI_Pol-17-5 Polityka czystego biurka i czystego pulpitu

- SZBI_Pol-17-6 Polityka zarządzania incydentami i słabościami systemu związanymi z bezpieczeństwem informacji
- SZBI_Pol-17-7 Polityka dostępu do pomieszczeń w strefach bezpieczeństwa
- SZBI_Pol-17-8 Polityka kontroli oprogramowania
- SZBI_Pol-17-9 Polityka ciągłości działania
- Deklaracja stosowania zabezpieczeń SZBI_Pol-17-1_Deklaracja Stosowania0
- Plan postępowania z ryzykiem SZBI_Pol-17-1_Plan Postępowania z Ryzykiem
- Wykaz aktywów SZBI_Pol-17-1_Inwentaryzacja
- Raport z szacowania ryzyka SZBI_Pol-17-1_Szacowanie Ryzyka

Kluczowym elementem SZBI jest szacowanie ryzyka. Standard ISO/IEC 27001:2005 nie zawiera szczegółowych wymagań, określających jak powinien wyglądać proces szacowania ryzyka. W normie zostały umieszczone zalecenia – elementy, które należy wziąć pod uwagę. Są nimi aktywa, ich wartość, potencjalne zagrożenia, prawdopodobieństwa wystąpienia tych zagrożeń, podatności aktywu na zagrożenie, wpływ zagrożenia na bezpieczeństwo aktywu oraz stosowane zabezpieczenia.

Metodyka szacowania ryzyka przyjęta w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie jest spójna ze zidentyfikowanymi wymaganiami biznesowymi i prawnymi w zakresie ochrony bezpieczeństwa informacji, zawiera kryteria akceptacji ryzyka i zapewnia uzyskanie porównywalnych wyników w całej organizacji podczas kolejnych szacowań ryzyka.

Rys. 5. Elementy szacowania ryzyka



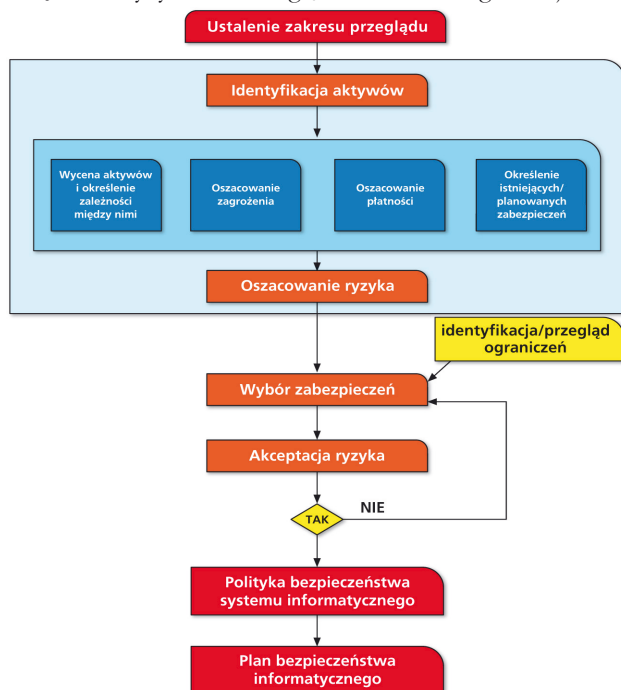
Źródło: <http://www.zabezpieczenia.com.pl/ochrona-informacji/teoria-ochrony-informacji-cz-3> 15.02.2012

Rys. 6. Proces szacowania ryzyka wg ISO/IEC 27005



Źródło: PN ISO/IEC 27001:2007 Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN, 2007

Rys. 7. Zarządzanie ryzykiem z uwzględnieniem szczegółowej analizy ryzyka



Źródło: Raport Techniczny ISO/IEC TR 13335-3

Sukces we wprowadzaniu zasad bezpieczeństwa informacji w każdej organizacji zależy od wewnętrznego poziomu kultury ochrony informacji. Nawet najlepiej stworzone procedury i regulaminy czy inwestycje w najnowsze technologie zabezpieczeń systemów informatycznych czy pomieszczeń, nie ochronią informacji, jeżeli kultura ochrony informacji nie będzie zaszczerpiona wśród pracowników organizacji.

Kultura przedsiębiorstwa nie tworzy się przez przypadek. Jest to wynik wszystkich ludzkich postaw, akceptowanych wartości i norm postępowania. Pierwszym, podstawowym problemem jest uświadomienie pracownikom wartości informacji przetwarzanych w firmie i wskazanie, które informacje i dlaczego należy szczególnie chronić. Sens ochrony informacji jako najcenniejszego dobra w organizacji jest bardzo często nierozumiany, a stąd niedoceniany. Wielokrotnie nie postrzega się udostępniania informacji (świadomego lub nieświadomego) jako „kradzież”. A tak w rozumieniu Polityki Bezpieczeństwa Informacji należy widzieć tego typu działalność wszystkich pracowników bez wyjątku.

Główne korzyści wynikające z wdrożenia systemu ISO/IEC 27001 w organizacji to:

- wprowadzenie zarządzania bezpieczeństwem informacji w oparciu o okresowe audyty oraz analizę ryzyka–,
- zapewnienie wymaganego stopnia ochrony informacji w organizacji – ich poufności, dostępności i integralności,
- zidentyfikowanie i sklasyfikowanie informacji oraz określenie sposobów postępowania z nimi,
- wdrożenie i nadzorowanie zabezpieczeń teleinformatycznych, osobowych, fizycznych i prawno-organizacyjnych,
- jasne określenie uprawnień i odpowiedzialności pracowników,
- odpowiednio zdefiniowane zasady współpracy z podmiotami zewnętrznym
- zapewnienie zgodności z wymaganiami prawnymi,
- posiadanie udokumentowanych i przetestowanych sposobów postępowania w sytuacji incydentów bezpieczeństwa, pozwalających na szybkie reagowanie i usuwanie ich skutków,
- możliwość integracji z innymi systemami zarządzania (np. ISO 9001, 14001, PN-EN 18001, Systemem przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym).

Wdrożenie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji pozwala na kompleksowe objęcie ochroną istotnych dla organizacji informacji, co

ułatwia kierownictwu organizacji nie tylko stałe nadzorowanie poziomów ryzyk i podejmowanie stosownych do tych ryzyk działań, ale także traktowanie bezpieczeństwa w kategoriach inwestycji, a nie kosztów funkcjonowania.

Ochrona informacji powinna być normą nowoczesnego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Pokazuje siłę organizacji i jej pewność, co przynosi najcenniejszą nagrodę – zaufanie pacjentów oraz prestiż. Tej normy nie da się narzucić, trzeba ją wybudować w strukturze organizacji, stale monitorować i doskonalić, czego przykładem może być Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Bibliografia

PN ISO/IEC 27001:2007 Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN, 2007

PN ISO/IEC 17799:2005 Praktyczne zasady zarządzania bezpieczeństwem informacji, PKN, 2007

ISO/IEC TR 13335 część 1 do 4 Wytyczne do zarządzania bezpieczeństwem systemów informatycznych, PKN

<http://www.iso.org.pl/proces-wdrazania-iso-27001> 15.02.2012

<http://www.iniejawna.pl/pomoce/ensi.html> 15.02.2012

Raport Techniczny ISO/IEC TR 13335-3

<http://www.zabezpieczenia.com.pl/ochrona-informacji/teoria-ochrony-informacji-cz-3> 15.02.2012

Roman Lewandowski

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

Zastosowanie technologii teleinformatycznych do wzmocnienia pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia

Streszczenie: Ochrona zdrowia boryka się z niewystarczającą jakością usług, spowodowaną głównie niską siłą rynkową pacjentów. Wydaje się, że skutecznym sposobem wzmocnienia pozycji pacjentów jest poszerzenie zastosowania technologii teleinformatycznych umożliwiających pacjentom, jak również zatrudnionym przez nich zewnętrznym konsultantom, nieograniczony bieżący dostęp do dokumentacji medycznej w trakcie leczenia. Pozwoli na weryfikowanie postawionej diagnozy i wytyczonego planu leczenia, na przeciwdziałanie lub wczesne wykrywanie błędów medycznych i niepożądanego działania leków. Ponadto szersze wprowadzenie zewnętrznych konsultacji sprawi, że będą się szybciej upowszechniały nowoczesne technologie medyczne, gdyż rekomendacje zewnętrznych konsultantów będą wносиły nowe metody leczenia do zespołów medycznych w poszczególnych placówkach.

The Use of ICT to Strengthen the Patients position in the Healthcare System

Summary Healthcare is suffering from inadequate quality of service, caused mainly by low market power of patients. It seems that an effective way to strengthen the position of patients is to broaden the application of ICT to enable patients, as well as employed by them outside consultants, the current unlimited access to medical records during treatment. This will allow verifying the diagnosis, the outlined treatment plan and the prevention or early detection of medical errors and adverse effects of drugs. In addition, wider introduction of external consultation will enable faster dissemination of modern medical technologies, since recommendations of external consultants will institute new methods of treatment for the medical teams in different locations.

Wstęp

Finansowanie usług medycznych przez budżet państwa, a także przez prywatnych albo publicznych ubezpieczycieli, przeobraża naturę wymiany ekonomicznej, zmieniając drogi przepływu pieniądza [Getzen 2000, s. 103]. Finansowanie przez tak zwaną „trzecią stronę” sprawia, że trudno odpowiedzieć na pytanie, kto jest klientem jednostek medycznych ten, który płaci, czy ten, który z nich korzysta. Oddzielenie funkcji płatnika od konsumenta jest jedną z głównych przyczyn znacznej deformacji tego rynku; świadczeniodawcy w pierwszej kolejności zmierzają do spełnienia wymogów płatnika, a dopiero później pacjenta. W związku z powyższym należy podejmować działania, które wzmocnią pozycję pacjentów na rynku usług medycznych. W wielu branżach siła rynkowa klientów zwiększyła się dzięki zastosowaniu ICT [Information and Communication Technology], na przykład w bankowości powszechne zastosowanie internetu doprowadziło do znacznego obniżenia, a nawet zniesienia opłat za prowadzenie kont, zaś w handlu znacznie zaostriżyło konkurencję cenową, gdyż dzięki ICT porównywanie ofert wielu firm wymaga jedynie niewielkich nakładów. Wydaje się, że zastosowanie ICT w ochronie zdrowia powinno również poprawić pozycję pacjentów. Niepokojące jest jednak to, że nawet w dalekosiężnych strategiach rozwoju ICT przygotowywanych przez instytucje europejskie i krajowe praktycznie nie przewiduje się większego upodmiotowienia i wzmocnienia pozycji pacjentów.

Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja podstawowych obszarów zastosowania ICT pozwalających na wzmocnienie pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia oraz większe zaangażowanie społeczeństwa w proces organizacji usług medycznych. Jako metodę badawczą przyjęto analizę literatury i wytycznych instytucji europejskich oraz polskich, a także praktycznych rozwiązań w zakresie zastosowania technologii teleinformatycznych w systemie i organizacjach ochrony zdrowia.

Historia zastosowania komputerów w medycynie

Pod koniec lat 60-tych i na początku 70-tych komputery zaczęły być używane w praktyce leczenia pacjentów i do komunikacji. Coraz częściej postrzegano zastosowanie komputerów w monitorowaniu pacjentów, ale również zwrócono uwagę na ich wykorzystanie w lepszym transferze informacji medycznych o pacjencie w ramach organizacji. W tych latach badacze, lekarze, inżynierowie i ludzie zajmujący się biznesem pracowali nad

usprawnieniem komputerów w celu poprawy opieki nad pacjentem. Zaczęli oni integrować trzy podstawowe obszary zastosowania komputerów w medycynie – badania naukowe, opiekę nad pacjentem i przetwarzanie danych administracyjnych. Były to pierwsze medyczne systemy informacyjne [Lindberg 1979]. W USA rozpoczęła się również walka z gwałtownie rosnącymi kosztami opieki medycznej, spowodowanymi głównie rozwojem technologii medycznych. Na przykład koszt opieki szpitalnej w 1965 roku wynosił 13,2 mld dolarów a już w 1974 roku 40,9 mld dolarów i szacowano, że 50% tego wzrostu pochodzi pośrednio lub bezpośrednio z rozwoju technologii medycznych [Congress of the United States 1976].

Pod koniec lat 70-tych i na początku 80-tych wysiłki rządu USA zmierzały do ograniczenia kosztów opieki zdrowotnej czego jednym z narzędzi miał być rozwój systemów informatycznych. Miały one wspomagać koordynację leczenia wewnątrz organizacji i pomiędzy organizacjami, zmniejszyć powielanie tych samych usług i poprawić wykorzystanie zasobów. W latach 80-tych rozpoczęła się krytyka systemów informatycznych – podkreślano, że nie działają one na korzyść racjonalizacji kosztów, a nawet przytaczano dowody naukowe, że IT powoduje wzrost kosztów. Próby budowania bardziej złożonych i efektywnych systemów napotykały na bariery technologiczne [Kaplan 1995, s. 18-19].

Kolejnym dużym impulsem do wdrażania rozwiązań informatycznych była zmiana sposobu płacenia szpitalom za usługi medyczne poprzez, wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów (DRG - Diagnostic Related Group)¹ i drastyczne zwiększenie wymogów dotyczących raportowania do instytucji płatniczych. Wymusiło to bardzo precyzyjne rejestrowanie i rozliczanie procedur medycznych. W latach 1985-86 „The National Report on Computers and Health” sprzedawał subskrypcję na prenumeratę w następujący sposób: „The National Report on Computers and Health pomoże ci przetrwać” [Kaplan 1995, s. 20].

W latach 90-tych instytucje płatnicze i legislacyjne zaczęły wymagać od organizacji ochrony zdrowia informacji, które pozwalają na porównywanie

¹ W Polsce od 1 lipca 2008 roku wprowadzono sposób rozliczania organizacji ochrony zdrowia w lecznictwie szpitalnym w oparciu o system JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów), który jest odpowiednikiem amerykańskiego DRG. W Polsce również wprowadzenie JGP spowodowało konieczność zakupienia dodatkowych modułów oprogramowania, a na rynku pojawiły się programy ułatwiające rozliczenia. Aplikacje te posiadają optymalizatory, które w trakcie grupowania automatycznie podpowiadają użytkownikom, czy są jakieś grupy potencjalnie droższe i czego brakuje, aby dana hospitalizacja została do którejś z nich zakwalifikowana, uwzględniając w tym zarówno rozpoznania główne, współlistniejące jak i wykonane procedury.

świadczeniodawców pod względem kosztów i jakości. Wymusiło to stworzenie dużych baz danych, w oparciu o które sporządzano przekrojowe raporty.

W Polsce również prowadzono prace nad budową komputerów, ale były one głównie stosowane w instytutach naukowych i wielkich państwowych firmach. Wykorzystanie komputerów w medycynie było ograniczone do badań naukowych, gdyż państwowa służba zdrowia, opłacana na podstawie budżetu nie dawała bodźców do szerszego ich wykorzystania w sferze zarządzania i organizacji. Dopiero po zmianach ustrojowych w latach 90-tych komputery powoli zaczęły przenikać do tego sektora. Wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1998 r. obowiązek prowadzenia rachunku kosztów leczenia pacjentów oraz wprowadzenie w 1999 r. ubezpieczeniowego systemu finansowania i związanych z tym wymogów szczegółowego raportowania do instytucji płatniczej, przyspieszyło wdrażanie systemów informatycznych. Jednakże głównym ich celem było ułatwienie rozliczeń z płatnikiem, zarządzanie placówką i przepływem pacjentów oraz dokumentacją medyczną, a nie upodmiotowienie pacjentów.

Współczesne trendy w rozwoju technologii teleinformatycznych

Założenia rozwoju i wykorzystania ICT w ochronie zdrowia zawarto w wielu dokumentach i aktach prawnych instytucji europejskich [strategia lizbońska, 2000; eEurope 2005..., 2002; Decyzja Nr 1350/2007/WE, 2007; e Health..., 2004], jak również narodowych, w tym polskich [Ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, 2005, Dz.U. nr 64 poz. 565; Plan Informatyzacji Państwa, 2007; Nowoczesna infrastruktura informacyjna..., 2005, Strategia e-Zdrowie Polska ..., 2009]. Opisują one plany rozwoju ICT w wielu obszarach ochrony zdrowia, takich jak: telekonsultacje, e-recepty, e-skierowania, telemonitoring i teleopieka. Plany te jednak w niewielkim stopniu dotyczą wykorzystywanej technologii do wzmocnienia pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia i umożliwiania im aktywnego angażowania się w proces swojego leczenia. Dzieje się tak pomimo tego, że, jak wynika z raportu opracowanego przez „e-Business W@tch”, szpitalnictwo wyróżnia się na tle innych branż², posiadając jeden z najwyższych wskaźników stosowania technologii teleinformatycznych [Sector Report No. 10/2006, s. 9].

² W 2006 roku „e-Business W@tch” przebadal 10 sektorów europejskiej gospodarki, takich jak: produkcja żywności i napojów, obuwia, papieru i produktów papierniczych, urządzeń elektrycznych i elektronicznych na potrzeby technologii informacyjnych i komunikacyjnych, elektroniki użytkowej, budowa i naprawa statków, budownictwo, turystyka, usługi telekomunikacyjne oraz szpitalnictwo, jako część systemu ochrony zdrowia (Sector Report No. 10/2006, s. 17).

Z analizy przytoczonej powyżej literatury wynika, że współczesne systemy ICT i strategię ich rozwoju zmierzają w głównej mierze do zwiększenia kontroli nad pacjentami i świadczeniodawcami (co zresztą również jest zadaniem pożądanym), jednakże pomijają możliwość upodmiotowienia i wzmocnienia pozycji pacjentów, nie dając im większego wpływu na jakość świadczonych usług. Zakładają bierność pacjentów w procesie przetwarzania informacji na temat stanu ich zdrowia i sposobu leczenia.

Tabela 1 pozwala na porównanie obecnie wdrażanego, opartego o europejskie wytyczne, systemu teleinformatycznego i stworzonej przez autora wizji poszerzonego wykorzystania ICT umożliwiającego zwiększenie pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia.

Tab. 1. Funkcjonalności systemu ICT wspomagającego udzielanie świadczeń chirurgicznych w regionach Helsinki i Uusimaa w Finlandii³ oraz możliwości jego rozwoju

Propozycja opracowana w okręgu szpitali Helsinki, Uusimaa w Finlandii			Poszerzone możliwości wykorzystania ICT*
Etap procesu	Obecny proces (2006)	Proces w przyszłości	
Skierowanie od lekarza opieki podstawowej do szpitala	Skierowanie w formie papierowej	Skierowanie w formie elektronicznej	W przypadku leczenia planowego możliwość samodzielnej wstępnej rezerwacji kilku propozycji odpowiadających pacjentowi terminów, bezpośrednio w szpitalnym harmonogramie i wypełnienia w domu potrzebnych przed zabiegiem ankiet.
Umówienie terminu zabiegu	Szpital proponuje termin operacji mailem, jeżeli termin pacjentowi nie odpowiada, zostaje ustalony telefonicznie.	Szpital proponuje termin operacji mailem lub SMS-em. Pacjent ustala termin operacji używając osobistego kodu i wypełnia podstawowe informacje na temat swojego stanu zdrowia korzystając ze swojego rekordu zdrowotnego**.	Szpital, znając preferencje pacjenta co do terminu, obecny stan jego zdrowia oraz historię leczenia, wybiera jedną z jego propozycji lub wskazuje własny termin. W wielu przypadkach stan zdrowia pacjenta lub przebyte leczenie determinuje termin przyjęcia, gdyż niezbędny jest np. dodatkowy sprzęt lub specjalista.

³ Region Helsinki oraz Uusimaa w Finlandii, łączący 23 szpitale i obejmujący opieką prawie 1,5 mln osób (Sector Report No. 10/2006, s. 145).

Przyjęcie do szpitala na zabieg	Pacjent przybywa do szpitala dzień przed zabiegiem, wpisuje podstawowe informacje na swój temat	Pacjent przybywa do szpitala w dzień zabiegu, informacje na jego temat są już dostępne w szpitalu, gdyż uzupełnił je w domu lub są dostępne w jego rekordzie medycznym	
Leczenie w szpitalu	Pacjent jest poddawany kolejnym procedurom diagnostycznym i w większości przypadków otrzymuje lakoniczne informacje na temat ich wyników do czasu zakończenia wszystkich procedur diagnostycznych. Wtedy dopiero lekarz przeprowadza z nim rozmowę na temat dalszego leczenia. A i to nie zawsze. Pacjent nie ma możliwości zapoznania się z dokumentacją medyczną i musi podejmować decyzje w oparciu o informacje, jakie przekazuje mu lekarz.		Pacjent jest poddawany kolejnym procedurom diagnostycznym i ma dostęp on-line do swojej szpitalnej dokumentacji medycznej, w której umieszczane są wszystkie zdjęcia, filmy i opisy z diagnostyki, co mu umożliwia na bieżąco zadawanie lekarzom nurtujących go pytań lub korzystanie z zewnętrznych konsultacji.
Historia choroby po zabiegu	Pacjent otrzymuje historię choroby mailem	Pacjent otrzymuje historię choroby mailem lub może do niej dotrzeć poprzez szpitalny portal	W dokumentacji medycznej znajduje się również film obrazujący przebieg zabiegu.

Źródło: Sector Report No. 10/2006, s. 145,

* opracowanie własne (pola zaznaczone szarym kolorem).

** W ochronie zdrowia używane są dwa terminy, dotyczące przetwarzania elektronicznych danych medycznych obywateli/pacjentów:

– Elektroniczna dokumentacja medyczna (w literaturze anglojęzycznej określana mianem: Electronic Patient Record-EPR), która zawiera dane medyczne pacjenta przetwarzane w trakcie leczenia w jednej placówce medycznej.

– Rekord zdrowotny pacjenta lub jednostkowe dane medyczne (w literaturze anglojęzycznej określane mianem: Electronic Health Record-EHR), który zawiera dane na temat wszystkich zdarzeń medycznych w ciągu całego życia pacjenta.

Terminy te są również zdefiniowane w projekcie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 17 września 2007 r. (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=7>, odczyt: 01.02.2010):

– elektroniczna dokumentacja medyczna – obejmuje dokumentację medyczną wytworzoną przez usługodawcę w formie elektronicznej, zawiera dane o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej lub dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju;

– jednostkowe dane medyczne - dane osób fizycznych dotyczące uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej określonego rodzaju, udzielonych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, stanu zdrowia, oraz inne dane gromadzone w związku z planowanymi lub udzielonymi świadczeniami opieki zdrowotnej oraz profilaktyką zdrowotną i realizacją programów zdrowotnych;

W ostatniej kolumnie i przedostatnim wierszu (zaciemnione pola) tabeli 1 przedstawiono możliwości wykorzystania ICT powiększające obszar wpływu pacjentów na proces dostarczania usług medycznych. Dzięki internetowi można zaangażować pacjentów bezpośrednio w proces organizacji leczenia. Przykładem instytucji, które wykorzystując powszechny dostęp do ICT zaangażowały klientów bezpośrednio w swoje procesy, są banki, umożliwiające ludziom samodzielne dokonywanie operacji finansowych w swoich systemach informatycznych.

W chwili obecnej większość szpitali posiada zaawansowane systemy teleinformatyczne, które wspomagają planowanie i koordynowanie świadczeń medycznych, ponadto przechowują dane medyczne w formie elektronicznej, a standardem jest zdalne przesyłanie i opisywanie materiałów z diagnostyki obrazowej, takiej jak Rtg, MRI, czy TK, nierzadko przez radiologów znajdujących się w innym kraju, w którym ich praca jest mniej kosztowna. Ponadto urządzenia do diagnostyki USG i badań broncho-, kolono-, gastrokopijnych, itp. umożliwiają ich rejestrację i przechowywanie w bazach danych. Powiązanie poszerzonych danych diagnostycznych, jak wymienione powyżej zdjęcia i sekwencje wideo z elektronicznym rekordem pacjenta, znacznie poszerzają możliwość upodmiotowienia i wzmocnienia pozycji pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Oto kilka przykładów wykorzystania ICT, dających znacznie szersze możliwości wpływu pacjentów na świadczone im usługi medyczne:

- **Samodzielne ustalanie terminów wizyt lub zabiegów.** W przypadku planowych zabiegów, porad lekarskich, czy badań diagnostycznych, można udostępnić pacjentom funkcję samodzielnej rezerwacji terminu i dokonywania ewentualnych zmian w oddziałowym lub szpitalnym planie, z założonym minimalnym wyprzedzeniem. Przy planowaniu świadczeń medycznych (porada, diagnostyka, zabieg) często zdarza się, że dla pacjenta ważniejsza jest możliwość wyboru dogodnego terminu niż długości okresu oczekiwania. Z uwagi na przepisy prawne dotyczące kolejek oczekujących⁴, placówkom medycznym trudno jest prowadzić elastyczne procedury rezerwacji terminów bez narażania się na podejrzenie o nierówne traktowanie pacjentów. Natomiast pełne udostępnienie tego procesu pacjentom uwalnia świadczeniodawców od podejrzeń, a pacjentom daje większą możliwość dostosowania terminów do swoich potrzeb. Powyższe rozwiązanie prowadzi również do obniżenia kosztów, gdyż zdejmuje ze świadczeniodawcy część pracy związanej z rezerwacją.
- **Bieżący dostęp do dokumentacji medycznej w czasie leczenia.** W trakcie leczenia na oddziale, pacjenci często odczuwają dyskomfort, wywołany brakiem informacji na temat wyników wykonanych im procedur diagnostycznych. W chwili obecnej w większości szpitali stosowana jest praktyka, że pacjent nie jest na bieżąco informowany o szczegółowych wynikach poszczególnych procedur diagnostycznych, dopóki nie zostanie zakończony cały proces diagnostyczny. W praktyce, pacjent nie ma również pełnego i bieżącego wglądu do historii choroby, tylko musi polegać na informacjach przekazanych mu przez lekarza. Takie postępowanie, oprócz pozostawienia pacjenta z niezaspokojoną potrzebą posiadania informacji na swój temat, ma jeszcze inne niekorzystne działanie - utrudnia uzyskiwanie informacji na temat stanu swojego zdrowia w ogóle. Pacjenci zazwyczaj dopiero po wyjściu ze szpitala i dokładnym

⁴ Zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia medyczne określają: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) oraz rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661). Akty te, w przypadku zabiegów planowych, zobowiązują świadczeniodawców do umieszczania pacjentów w kolejce, zgodnie z kolejnością zgłoszeń. Ponieważ intencją ustawodawcy jest przeciwdziałanie korupcji, można przypuszczać, że przekazanie procesu planowania w ręce pacjentów uczyni kolejkę bardziej transparentną i pozwoli na dostosowanie terminów do wymogów pacjentów, bez podejrzeń o ich nierówne traktowanie.

przeczytaniu swojej karty informacyjnej mają pytania i wątpliwości, których nie są w stanie już wyjaśnić. W przypadku, gdy w trakcie hospitalizacji ustala się dalsze leczenie, pacjenci nie mając możliwości wcześniejszego zapoznania się z wynikami badań, nie są w stanie przygotować się do rozmowy z lekarzem, zadać właściwych pytań i tym samym podjąć przemyślanej decyzji.

- **Zwiększenie nadzoru lekarza integrującego proces leczenia pacjenta.** Jedną z częstszych przyczyn obniżających jakość uzyskiwanych rezultatów medycznych jest brak koordynacji leczenia schorzeń wielonarządowych lub występujących licznych chorób współistniejących. Każdy specjalista koncentruje się na leczeniu schorzeń z własnego zakresu kompetencji. Oczywiście bierze pod uwagę zalecenia innych lekarzy, ale nie koordynuje całego procesu leczenia pacjenta, gdyż nie leży to w jego obowiązkach. Całościowo procesem terapii powinien zarządzać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lecz on z kolei nie ma dostępu do pełnej dokumentacji medycznej, a szczególnie do bieżących danych w czasie, gdy pacjent przebywa w szpitalu. Umożliwienie pacjentowi i wyznaczonym przez niego osobom bieżącego dostępu do jego historii choroby już w trakcie hospitalizacji, pozwoli na to, że będzie on mógł stale konsultować się ze swoim lekarzem POZ lub innym specjalistą, pod którego opieką się znajduje (choćby z powodu innych schorzeń), zewnętrznym konsultantem, albo rodziną.
- **Zwiększenie dostępności do dodatkowych konsultacji w trakcie pobytu w szpitalu.** Obecnie firmy ubezpieczeniowe proponują polisy obejmujące konsultacje lekarza specjalisty podczas pobytu w szpitalu⁵, jednakże jest to usługa kosztowna, wymagająca ciągłego opłacania polisy. Poza prywatnym ubezpieczeniem ta usługa faktycznie nie jest oferowana. Udostępnienie on-line pełnych danych diagnostycznych pacjenta (łącznie z zapisem obrazów i sekwencji video) zapewne wpłynęłoby na rozwój odpłatnych konsultacji. Pacjent mógłby zakupić przez internet usługę weryfikacji postawionej diagnozy i zaproponowanego sposobu leczenia. Zewnętrzny konsultant, mając zdalny dostęp do wyników badań i historii choroby, często bez przyjazdu do szpitala, mógłby potwierdzić lub ewentualnie zaproponować inne postępowanie zespołowi leczącemu. Zdalna konsultacja pozwalałaby znacznie obniżyć koszty

⁵ Przykładem takiej polisy jest ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna PREMIUM PLUS firmy PZU. (http://www.pzu.pl/pub/files/PZU_ZYCIE_SA/3/8704premiumpius.pdf, odczyt 2010.02.10)

ponoszone przez pacjentów i efektywniej wykorzystać czas specjalistów. Ponadto, taka konsultacja mogłaby być przeprowadzona z każdego miejsca na świecie.

Podsumowanie

Przedstawione w artykule propozycje zastosowania ICT umożliwiają pacjentom większe zaangażowanie się w proces swojego leczenia, poczynając od możliwości wyboru terminu interwencji medycznej poprzez nieograniczony dostęp do swojej dokumentacji leczenia w trakcie hospitalizacji, a na ułatwieniu uzyskania zewnętrznej konsultacji kończąc. Umożliwienie pacjentom aktywnego uczestnictwa w procesie ich leczenia w szpitalu podczas hospitalizacji poprzez udostępnienie im danych medycznych, bez wątpienia wywrze znaczny wpływ na całą branżę i zmieni wzajemny układ sił pomiędzy pacjentami, świadczeniodawcami i profesjonalistami medycznymi. Skutki te, są w chwili obecnej trudne do przewidzenia a ich oszacowanie wymaga wdrożenia programów pilotażowych w wybranych placówkach medycznych i przeprowadzenia stosownych badań naukowych.

Rozważając teoretycznie proponowane sposoby wykorzystania ICT w ochronie zdrowia można przypuszczać, że będą one oddziaływały w następujący sposób:

Wpływ pozytywny:

- Wzmocnienie oddziaływania pacjentów na sposób swojego leczenia poprzez umożliwienie im uzyskania realnej i obiektywnej weryfikacji postawionej diagnozy i przyjętego planu leczenia, jeszcze przed jego realizacją.
- Poprawa jakości usług medycznych poprzez natychmiastowy nadzór nad procesem leczenia, co zmusi pracowników do większej staranności oraz może zmniejszyć liczbę błędów medycznych, spowodowanych niewłaściwą diagnozą lub niepożądanym działaniem leków.
- Obniżenie kosztów dodatkowych zewnętrznych konsultacji.
- Poprawa dobrostanu psychicznego pacjenta poprzez potwierdzenie diagnozy.
- Większa satysfakcja pacjentów z kontaktów ze świadczeniodawcą poprzez umożliwienie tym pierwszym samodzielnego wyboru terminu diagnostyki lub leczenia.
- Szybsze upowszechnianie się nowoczesnych technologii medycznych, gdyż rekomendacje zewnętrznych konsultantów będą wносиły nowe

spojrzenie, a niekiedy nowe metody leczenia do zespołów medycznych w poszczególnych placówkach.

Wpływ negatywny:

- Możliwy wzrost kosztów leczenia z uwagi na:
 - obszerniejszą komunikację pacjentów z lekarzami (tylko oni mogą udzielać informacji nt. stanu zdrowia pacjentów);
 - proponowanie pacjentom droższego leczenia przez zewnętrznego konsultanta, nie zawsze bardziej skutecznego, ale indukującego dodatkowe roszczenia pacjentów wobec świadczeniodawców.
- W niektórych przypadkach pogorszenie dobrostanu psychicznego pacjentów poprzez negowanie postawionej diagnozy i jednocześnie braku diagnozy alternatywnej.

Zaproponowane w artykule zastosowania ICT w ochronie zdrowia zostały opracowane z uwzględnieniem współczesnych możliwości technologicznych oraz doświadczeń autora, wynikających z długoletniego zarządzania szpitalem i z rozmów z wieloma pacjentami i ich rodzinami. Na tej podstawie przyjęto założenia, że: pacjenci uważają za ważną możliwość potwierdzenia postawionej im diagnozy i planowanego leczenia; pacjenci odczuwają brak bieżącej, wyczerpującej informacji na temat ich stanu zdrowia podczas hospitalizacji; obecny system prowadzenia list oczekujących pomimo zabezpieczenia równego dostępu do usług medycznych, nie jest dla nich przyjazny.

Zawarte w artykule wskazania należy traktować jako wstępne, mające na celu określenie najbardziej obiecujących kierunków dalszych badań.

Bibliografia

Kaplan B. (1995), *The Computer Prescription: Medical Computing, Public Policy, and Views of History*, "Science, Technology, & Human Values", Vol. 20, No. 1.

Shortliffe E.H., Buchanan B.G., Feigenbaum E.A. (1979), *Knowledge engineering for medical decision making: A review of computer-based clinical decision aids*, "Proceedings of the IEEE", Vol. 67, Issue 9, s. 1207 – 1224.

Lindberg D. A. B. (1979), *The Growth of Medical Information Systems in the United States* Lexington, MA: Lexington Books.

Office of Technology Assessment (1976), *Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment*, Congress of the United States.

Decyzja Nr 1350/2007/WE (2007), *ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013*, Parlament Europejski i Rada, Strasburg. <http://>

eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:PL:PDF [odczyt: 22.02.2012].

eEurope 2005: An information society for all (2002), Communication from the Commission, COM(2002) 263 final, Brussels.

e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area (2004), Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2004) 356 final. Brussels.

Getzen, T. E. (2000), *Ekonomika Zdrowia*. Warszawa: PWN.

Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego: Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego (2005), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Warszawa, www.mswia.gov.pl/download.php?s=1&id=2419 [odczyt: 22.02.2012].

Plan Informatyzacji Państwa (2007), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 marca 2007 r. w sprawie Planu Informatyzacji Państwa na lata 2007-2010, Dz.U. 61 poz. 415.

Sector Report No. 10/2006, *ICT and e-Business in Hospital Activities ICT adoption and e-business activity in 2006*, e-Business W@tch, http://ec.europa.eu/enterprise/archives/e-business-watch/studies/sectors/health_hospital/documents/Hospitals_2006.pdf [odczyt 12.01.2012].

STRATEGIA e-ZDROWIE POLSKA na lata 2009-2015- Projekt (2009), Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=012582> [odczyt: 01.02.2012].

Strategia lizbońska (2000), The Lisbon European Council – An agenda of economic and social renewal for Europe. Contribution of the European Commission to the special European Council in Lisbon, COM(2000) 7, Lizbona.

Anna Gawrońska-Błaszczyk
Instytut Logistyki i Magazynowania Instytut Badawczy

Unikalna identyfikacja pacjenta w kontekście integralności i interoperacyjności danych na rzecz efektywnego zarządzania przepływem pacjentów przez podmioty lecznicze

Streszczenie: Jednym z podstawowych problemów, z jakimi borykają się podmioty lecznicze, jest identyfikacja pacjenta. To pozornie błahe zagadnienie jest w gruncie rzeczy kluczowe w kontekście integralności i interoperacyjności danych na rzecz prawidłowego i efektywnego zarządzania przepływem pacjentów przez podmioty lecznicze. Celem niniejszej pracy jest analiza dostępnych standardów identyfikacyjnych i komunikacyjnych o charakterze globalnym możliwych do wdrożenia w sektorze ochrony zdrowia. Ponadto celem pracy jest także próba wykazania, w jaki sposób zastosowanie uzgodnionych rozwiązań wpływa na integralność danych medycznych oraz wzrost bezpieczeństwa pacjenta.

Międzynarodowe instytucje branżowe, działające na rzecz ochrony zdrowia, uznały jako najbardziej efektywne, docelowe i podnoszące bezpieczeństwo pacjenta standardy, w tym identyfikatory, globalnego systemu GS1.

Numer GS1 służący unikalnej identyfikacji pacjenta to Globalny Numer Relacji Usługowej (ang. Global Service Relationship Number, w skrócie GSRN). Podstawową jego zaletą jest fakt, iż jest przystosowany do automatycznej identyfikacji (wprowadzania danych do systemów informatycznych i baz danych w sposób błyskawiczny i absolutnie bezbłędny, poprzez kody kreskowe GS1 lub globalne znaczniki radiowe), w tym jako opaski z kodem kreskowym na rękę pacjenta. Ponadto np. globalne identyfikatory pacjenta lub pracownika medycznego kojarzone są w bazach danych bezpośrednio z numerem PESEL lub innym narodowym identyfikatorem osobistym. Numer GSRN raz nadany pacjentowi towarzyszy mu przez całe życie, jest nieznaczący, lecz stanowi klucz dostępu do informacji o pacjencie.

Standardy GS1 w istotny sposób wpływają na wzrost bezpieczeństwa pacjenta, zwiększają efektywność nowych rozwiązań w obszarze e-zdrowia, obniżają koszty działania podmiotów leczniczych, poprawiają jakość gromadzonych danych medycznych i zwiększają ich interoperacyjność w skali kraju i Europy. Natomiast w świetle współpracy międz-

dzynarodowej unikalny identyfikator pacjenta będzie stanowił krok milowy w procesie integracji polskiego systemu opieki zdrowotnej z krajami Unii Europejskiej.

Unique patient identification in the context of data integrity and interoperability for the sake of effective management of patient flow by hospitals

Abstract: Patient identification is one of the most basic problems faced by hospitals. This seemingly insignificant issue is in fact crucial for the sake of appropriate and effective management of patient flow by hospitals. The aim of this paper is to analyze available identification and communication standards of a global character implementable in the healthcare sector. Moreover, the aim of this paper is an attempt to prove how use of common solutions influences integrity of medical data as well as increase of patient safety. International healthcare-oriented institutions support standards of the global GS1 System, including identifiers and consider them to be the most effective and target standards improving patient safety.

Global Service Relationship Number (GSRN) is a GS1 number aimed at unique patient identification. Its basic advantage includes the fact that it is aimed at automatic identification (immediate and correct data entry to IT systems and data bases via GS1 barcodes or global radio tags), including bar-coded patient wrist bands. Moreover, in data bases global patient or medical staff identifiers are associated with national personal identifiers. GSRN number once allocated to a patient is associated with this patient for his or her whole life, does not mean anything but constitute an access key to patient information.

GS1 standards significantly influence patient safety increase, improve new e-health solutions, reduce activity cost of hospitals, improve medical data quality and increase its interoperability within the country and Europe. On the other hand, in the light of international cooperation such a unique patient identifier will be a milestone in the integration process of the polish healthcare system and EU countries.

Wstęp

Logistyka szpitalna obejmuje swoim zakresem wszystkie działania związane z obsługą przepływu materiałów i pacjentów oraz powiązanymi z nimi informacjami, które wspierają podstawowy proces w szpitalu – proces leczenia. Centralnym elementem każdego z tych procesów jest pacjent, wokół którego koncentrują się wszystkie czynności personelu medycznego. Dotyczy to zarówno pacjentów hospitalizowanych, jak i tych, którzy na co dzień korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Rodzaj gromadzonych danych medycznych różni się w zależności od pacjenta, a liczba tych danych rośnie wraz z wiekiem osób poddawanych różnym procedurom medycznym. Dostęp do aktualnych danych medycznych jest podstawą prawidłowej diagno-

styki i przebiegu całego procesu leczenia. Mimo ogromnego postępu, jaki obserwujemy obecnie w metodach diagnostycznych i metodach leczenia, bezpieczeństwo pacjenta bardzo często bywa zagrożone. Ma to miejsce zarówno w szpitalu, jak i poza nim. Jednym z podstawowych problemów, z jakimi borykają się podmioty lecznicze, jest identyfikacja pacjenta. To pozornie błahie zagadnienie jest w gruncie rzeczy kluczowe w kontekście integralności i interoperacyjności danych na rzecz prawidłowego i efektywnego zarządzania przepływem pacjentów przez podmioty lecznicze.

Wyniki badań prowadzonych na świecie, na przykład w USA, Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii i Australii, pokazują wyraźnie, iż błędy medyczne związane z niewłaściwym podaniem leków stanowią główną przyczynę schorzeń o podłożu jatrogenicznym¹, a ich źródłem jest najczęściej niewłaściwa identyfikacja pacjenta. Scenariuszy występowania błędów medycznych, a w szczególności tych związanych z trudnością w zakresie ustalenia tożsamości pacjenta, może być wiele. W swoim raporcie: „Właściwy pacjent – właściwa opieka” (ang.: „Right patient – right care”), National Patient Safety Agency² wymienia trzy rodzaje scenariuszy:

- leczenie pacjenta odbywa się w niewłaściwy sposób na skutek błędnego powiązania wyników badań z pacjentem (np. próbka krwi pacjenta X jest mylona z próbką krwi pacjenta Y, w wyniku czego dochodzi do błędnej diagnozy i nieprawidłowego leczenia obu pacjentów),
- pacjent jest leczony w niewłaściwy sposób w wyniku błędnej komunikacji pomiędzy personelem medycznym lub w wyniku niesprawdzenia zaleceń lekarskich (np. podczas zabiegu chirurgicznego dochodzi do usunięcia zdrowego narządu),
- pacjent otrzymuje niewłaściwe leki na skutek błędnej identyfikacji pacjentów (np. pacjent J. Kowalski otrzymuje leki, które powinien otrzymać I. Kowalski).

Dodatkowo badania przeprowadzone w tym roku w Wielkiej Brytanii, a dotyczące wykorzystania czasu pracy pielęgniarki na oddziale, pokazały, jak palący, choć niewidoczny na pozór, jest to problem. Każda z pielęgniarek spędza średnio miesiąc w ciągu roku na poszukiwaniu zagubionego sprzętu, materiałów medycznych lub dokumentów. Każdego dnia około 1/4 wszystkich pielęgniarek w szpitalu szuka karty chorobowej pacjenta lub jego danych laboratoryjnych. Większość z nich jest przekonana że zastosowanie popularnej technologii kodów kreskowych z supermarketu istotnie

¹ będący niekorzystnym dla pacjenta następstwem leczenia.

² Działająca w Wielkiej Brytanii agencja ds. bezpieczeństwa pacjentów.

pomogłoby zlikwidować te problemy. Prawie połowa z nich była również przekonana, że bransoletka z kodem pacjenta na jego nadgarstku istotnie pomoże w jego identyfikacji i pozwoli na zmniejszenie liczby pomyłek w stopniu ponad 50%.

Badania ankietowe przeprowadzone w 2011 roku wśród krajów europejskich w ramach projektu epSOS wykazały, że pacjenci identyfikowani są na różne sposoby, zwykle za pomocą numerycznych identyfikatorów o różnej długości i strukturze kodowania. W Polsce obowiązującym identyfikatorem obywatela jest numer PESEL, którego podstawową wadą jest bezpośrednia informacja o dacie urodzenia, co nie powinno być powszechnie jawnymi danymi. Z tego powodu, jak i w świetle coraz większej liczby wyzwań w obszarze e-zdrowia, związanych z elektroniczną dokumentacją medyczną i chęcią zapewnienia efektywnego dostępu do danych o pacjentach, konieczne jest wprowadzenie nieznaczącego i unikalnego w skali świata identyfikatora, który w bazach danych mógłby być kojarzony z numerami krajowymi. Za wprowadzeniem takiego oznaczenia przemawia wiele względów racjonalnych:

- konieczność unikalnej i jednoznacznej w skali podmiotów leczniczych oraz kraju identyfikacji pacjenta dla celów zapewnienia efektywnej i bezpiecznej terapii (data urodzenia oraz imię i nazwisko pacjenta nie stanowią podstawy unikalnej identyfikacji),
- konieczność ujednolicenia metod identyfikacyjnych pacjenta przez podmioty lecznicze w Polsce dla celów integralności zbieranych danych przez podmioty publiczne, które mają zostać następnie umieszczane w systemach medycznych. W szczególności w Systemie Informacji Medycznej, który będzie utworzony na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- konieczność zapewnienia bezpiecznego dostępu do danych medycznych o pacjentach w kontekście transgranicznej opieki medycznej w świetle ustawodawstwa Unii Europejskiej. W szczególności dyrektyw dot. szerokorozumianego e-zdrowia, w tym przede wszystkim Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/EU z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, które stanowią fundamenty do budowy europejskiego systemu informacji medycznej,
- umożliwienie włączenia Rzeczypospolitej Polskiej w obszar „interoperacyjnego” Elektronicznego Zapisu Medycznego (EHR – Electronic Health Record) stanowiącego jeden z podstawowych priorytetów w ob-

szarze e-zdrowia zawartego w dokumencie wydanym przez Ministerstwo Zdrowia nt. : „Strategia e-zdrowie Polska. Na lata 2009–2015”.

Identyfikator taki przedstawiany w postaci kodu kreskowego lub znacznika radiowego znacząco usprawniłby procesy logistyczne zachodzące w szpitalu. Dodatkowo w połączeniu z oznaczeniami kodowymi dla personelu medycznego, produktów leczniczych, dokumentów, zasobów szpitalnych w istotny sposób wpłynąłby na optymalizację zarządzania przepływem pacjentów, leków i materiałów medycznych w placówkach ochrony zdrowia, a tym samym znacząco obniżył koszty działalności szpitali. Wpłynęłoby to również na wielkość wydatków publicznych w ochronie zdrowia w skali całego kraju, wspierałoby proces monitoringu obrotu lekami, usprawniając np. niezbędne modyfikacje listy leków refundowanych.

Standardy GS1

Międzynarodowe instytucje branżowe, działające na rzecz ochrony zdrowia, uznały jako najbardziej efektywne, docelowe i podnoszące bezpieczeństwo pacjenta standardy, w tym identyfikatory, globalnego systemu GS1. Są to standardy jedyne globalnego systemu GS1, wdrażanego w 150 krajach na rzecz usprawnienia e-gospodarki we wszystkich sektorach, w tym także w sektorze ochrony zdrowia. Obejmują one między innymi: globalne identyfikatory: usługobiorców, pracowników medycznych i usługodawców.

W przeciwieństwie do niestandardowych identyfikatorów krajowych identyfikatory globalne są:

- jednoznaczne w skali świata,
- najczęściej stosowane, w Polsce i na świecie, w tym w standardowych dokumentach elektronicznych EDI (XML, ebXML)
- zalecane jako docelowe do powszechnego stosowania,
- przystosowane do ich automatycznej identyfikacji (wprowadzania danych do systemów informatycznych i baz danych w sposób błyskawiczny i absolutnie bezbłędny, poprzez kody kreskowe GS1 lub globalne znaczniki radiowe), w tym jako opaski z kodem kreskowym na rękę pacjenta. Ponadto np. globalne identyfikatory pacjenta lub pracownika medycznego, kojarzone w bazach danych bezpośrednio z numerem PESEL,
- przystosowane tym samym do identyfikacji poprzez elektroniczne karty, w tym np. elektroniczne dowody osobiste czy np. elektroniczne karty

specjalisty medycznego, których wprowadzenie planuje Narodowy Fundusz Zdrowia dla każdego lekarza itd.,

- przystosowane do jednoznacznej identyfikacji podstawowych danych biznesowych w systemach informatycznych, ponieważ każdy globalny identyfikator GS1 jest jednoznacznie identyfikowany poprzez globalne identyfikatory danych, zwane Identyfikatorami Zastosowania GS1.

System GS1 jest zbiorem międzynarodowych otwartych standardów identyfikacyjnych i komunikacyjnych ułatwiających efektywne zarządzanie globalnymi łańcuchami dostaw obejmującymi wiele branż, poprzez unikalną identyfikację produktów, przesylek, zasobów, lokalizacji i usług. System zasadza się na 4 filarach:

	kodach kreskowych
	elektronicznej komunikacji
	synchronizacji danych podstawowych
	elektronicznym kodzie produktu

Najistotniejszym elementem integrującym wszystkie standardy jest jednolity sposób wprowadzania danych o określonej strukturze, przekazywanych pomiędzy użytkownikami przy pomocy kodów kreskowych i elektronicznej wymiany danych – EDI. Podstawę systemu stanowią standardowe identyfikatory GS1, które przedstawione w wybranym standardowym nośniku danych mogą służyć:

- identyfikacji pacjenta i personelu medycznego,
- identyfikacji leków,
- identyfikacji zasobów zwrotnych, w tym sprzętu medycznego wielokrotnego użycia,
- identyfikacji lokalizacji.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia już w 1999 r. przyjęło jako obowiązujące globalne identyfikatory GS1 dla identyfikacji globalnej produktów leczniczych – tak zwane kody EAN, czyli numery GTIN, które w ustawie

z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – w art. 23 ust. 1 pkt. 10 (t. j. Dz. U. z 2008 r., nr 45, poz. 271 ze zm.), określa się jako kody EAN. UCC). Ponadto są to standardy brane pod uwagę i planowane do wdrożenia w zakresie identyfikacji indywidualnych opakowań (Dyrektywa UE nt. zapobiegania wprowadzania do obrotu produktów sfalszowanych), a także do identyfikacji wyrobów medycznych. Nie bez znaczenia jest tutaj fakt, iż standardy te są rekomendowane przez Komisję Europejską, EFPIA, EU-COMED, MZ Wielkiej Brytanii, Francji, Australii, Nowej Zelandii.

Unikalny identyfikator pacjenta na rzecz efektywnego zarządzania danymi i ich integralności

Numer GS1 służący unikalnej identyfikacji pacjenta to Globalny Numer Relacji Usługowej (ang. Global Service Relationship Number, w skrócie GSRN). GSRN identyfikuje daną usługę w odniesieniu do konkretnego szpitala i konkretnego pacjenta. Nigdy jednak nie zawiera osobistego numeru identyfikacyjnego, ponieważ zawsze odnosi się do konkretnej usługi. Szpital generuje unikalny GSRN dla każdego ze swoich pacjentów i koduje go w określonej symbolice kodowej, umieszczając go na opasce znajdującej się na nadgarstku oraz właściwej kartotece medycznej. Numer GSRN ma określoną strukturę i składa się z prefiksu organizacji krajowej GS1, numeru usługodawcy, indywidualnego numer usługobiorcy oraz cyfry kontrolnej, gwarantującej poprawność numeru.

Rys. 1 Struktura numeru GSRN

IZ	Globalny numer relacji usługowej		Cyfra Kontrolna
	Prefiks szpitala	Oznaczenie relacji usługowej	
8018	590 S1 S2 S3 S4 S5 S6	K1 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K8	P

8018 – międzynarodowy identyfikator zastosowania dla numeru GSRN

590 – prefiks organizacji krajowej ILiM - GS1 Polska

S1-S6 – numer szpitala jako jednostki kodującej przydzielony przez ILiM – GS1 Polska

K1-K8 – numer pacjenta w Księdze Głównej

P – cyfra kontrolna liczona wg standardowego algorytmu systemu GS1

Przykładowy kod GSRN dla numeru pacjenta w Księdze Głównej; 12345678 nadany przez szpital, któremu przydzielono numer 590123456, prezentuje rysunek poniżej. Minimalna długość kodu wraz z białymi marginesami wynosi 45 mm.

Numer GSRN może być przedstawiany w postaci kodu kreskowego GS1-128 wraz z Identyfikatorem Zastosowania 8018:

Rys. 2 Przykładowy kod GSRN dla numeru pacjenta w Księdze Głównej: 12345678 nadany przez szpital, któremu przydzielono numer 590123456 (źródło: opracowanie własne)



Rys. 3 Zdjęcie przedstawiające opaskę z kodem kreskowym dla pacjenta (źródło: zasoby GS1)



W momencie przyjęcia do szpitala pacjentowi przypisywany jest niepowtarzalny numer przedstawiany w postaci kodu kreskowego. Numer ten umieszcza się na przykład na opasce, którą pacjent podczas całego pobytu w szpitalu nosi na przegubie ręki. Pozostałe informacje dotyczące pacjenta, takie jak nazwisko, wiek, adres, itp. mogą być wprowadzane i aktualizowane w późniejszym czasie (w zależności od nagłości przyjęcia), skracając w ten sposób do minimum czas oczekiwania pacjenta. Numer ten stanowi również odnośnik do wstępnie przygotowanej kartoteki pacjenta, zawiera-

jącej wszystkie niezbędne dokumenty i informacje na temat choroby oraz leczenia. Dokumenty te identyfikowane są numerem pacjenta i mają nadrukowany identyczny kod kreskowy. Lokalizacje pobytu pacjenta w obrębie szpitala, jak np. pracownie RTG, sale operacyjne oraz umiejscowienie łóżka (za pomocą numerów lokalizacyjnych GS1) mogą być podobnie identyfikowane za pomocą kodów kreskowych zawierających tzw. numer lokalizacyjny.

Kod kreskowy na opasce zawierający numer pacjenta jest skanowany każdorazowo przy podaniu leków lub wykonywaniu dowolnego zabiegu medycznego. W ten sposób możliwa jest weryfikacja, czy właściwy pacjent otrzymał właściwy lek lub czy w stosunku do właściwego pacjenta podjęto terapię zgodną z zaleceniem lekarskim. Dodatkowo specjalnym numerem identyfikacyjnym przedstawionym w kodzie kreskowym opatrzonej jest personel medyczny, a skanowanie kodu kreskowego z tym numerem pozwala rejestrować informacje na temat osoby, która podała lek konkretnemu pacjentowi.

Skanując kod pacjenta, personel medyczny jest w stanie uzyskać dostęp do danych w kartotece pacjenta gromadzonych w sposób elektroniczny. Dodatkowo techniki ADC umożliwiają automatyczne gromadzenie danych, takich jak: numery seryjne implantów, leków, szczepionek, co umożliwia natychmiastowe odtworzenie historii pobytu pacjenta w szpitalu, a także automatyczną aktualizację stanów magazynowych.

Podsumowanie

Ze względu na trendy w obszarze e-zdrowia, globalny charakter ochrony zdrowia oraz konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, konieczna jest implementacja uzgodnionych i unikalnych rozwiązań. Globalne standardy wspólne dla wszystkich uczestników procesu leczenia są kluczem do identyfikacji i potwierdzania tożsamości pacjentów.

Złożony charakter łańcuchów dostaw sektora ochrony zdrowia w dzisiejszych czasach przemawia za popularyzacją i implementacją standardowych rozwiązań na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa uczestników tych łańcuchów oraz zwiększenia efektywności działań przy obniżeniu ich kosztów. Dzięki standaryzacji danych, ich struktury i sposobu przenoszenia, realna jest szybka i klarowna komunikacja pomiędzy partnerami w łańcuchu dostaw.

Standardy GS1 o światowym zasięgu w istotny sposób wpływają na wzrost bezpieczeństwa pacjenta. Dodatkowo zwiększają efektywność nowych rozwiązań w obszarze e-zdrowia. Wdrożenie tych standardów przez polskie podmioty lecznicze wpłynie na obniżenie kosztów ich działalności, poprawi jakość gromadzonych danych medycznych i zwiększy ich integralność w skali kraju i Europy. Natomiast w świetle współpracy międzynarodowej unikalny identyfikator pacjenta będzie stanowił krok milowy w procesie integracji polskiego systemu opieki zdrowotnej z krajami Unii Europejskiej.

Ze względu na swój charakter, system GS1 nie rekomenduje żadnego konkretnego rozwiązania informatycznego – podmioty służby zdrowia mają wolną rękę w podjęciu decyzji w tym zakresie w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości ekonomicznych. Osiągnięcie interoperacyjności pomiędzy różnorodnymi systemami informatycznymi może być wspomagane implementacją globalnego standardowego języka identyfikacji i komunikacji.

Bibliografia

- Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL, *Medication errors observed in 36 health care facilities*, Arch Intern Med. 2002.
- CSC Consulting, Inc. *Efficient Healthcare Consumer Response, Improving the Efficiency of the Healthcare Supply Chain*.
- Department of Health, *Coding for Success: Simple technology for Safer Patient Care*, London 2007.
- GS1 France, *Guide d'utilisation des standards GS1 pour les profuits de santé*.
- GS1, *General GS1 Specifications*, 2008.
- GS1, *GS1 Healthcare Reference Book 2009/2010*.
- GS1 Polska, *Jak zmniejszyć koszty administracyjne i logistyczne szpitali*, 2000.
- GS1 Polska, *Kody kreskowe i EDI dla usługodawców w służbie zdrowia*.
- Healthcare Distribution Management Association, *Medication Errors and Patient Safety: The Bar Code Connection*, Reston, VA, HDMA, 2004.
- Institute of Medicine of the National Academies, *Preventing Medication Errors – Pre-publication Copy*, DC, The National Academies Press, Washington 2006.
- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. *Systems analysis of adverse drug events*, ADE

Prevention Study Group, JAMA, 1995.

Merry AF, Peck DJ, *Anaesthetists, errors in drug administration and the law*, N Z Med J. 1995.

Podręcznik przebudowy procesów przepływu leków, materiałów medycznych i pacjentów (Opracowany na podstawie wyników projektu celowego nr 6 T08 161 2001C/5706), 2005

Professor Peter Davis, University of Canterbury, School of Medicine 2001, Study on Adverse Events in New Zealand Public Hospitals.

Puckett F, *Medication management component of a point of care information system*, 1995.

www.epsos.eu

www.gs1.org

www.gs1pl.org

Rozdział III

Jakość w organizacjach ochrony zdrowia

Małgorzata Wiśniewska, Aneta Muzolf
Uniwersytet Gdański

Wybrane aspekty doskonalenia systemów zarządzania jakością w obszarze opieki zdrowotnej

Streszczenie: Sukces na rynku osiągają tylko te podmioty, które skupiają się na skutecznym doskonaleniu jakości oraz systemów zarządzania jakością. Artykuł oparty o literaturę fachową i o studium przypadku zwraca uwagę, iż podstawą doskonalenia w placówkach ochrony zdrowia jest podejście procesowe i zaplanowany proces doskonalenia, integracja systemów zarządzania, samoocena oraz zarządzanie jakością wspomagane informatycznie. Artykuł wskazuje też, iż doskonalenie jakości jest procesem trwałym i wymaga także wdrożenia narzędzi zarządzania jakością.

Selected aspects of the improvement of the quality management systems in health care area

Abstract: The successful organizations on the market are the ones that focus on effective quality improvement and on the improvement of the quality management systems. The article is based on the literature review, on the case study and indicates that the basis for quality improvement in healthcare area is the process approach and planned process of improvement, as well as the integration of management systems, the self-assessment and IT aided quality management. The paper highlights that the quality management is the continuous process and needs also the implementation of quality management tools.

Wprowadzenie

Zdaniem specjalistów, w polskiej literaturze przedmiotu wciąż mało jest publikacji odnoszących się bezpośrednio i w całości do problematyki doskonalenia systemów zarządzania jakością w ochronie zdrowia [Rogała 2010, s. 15]. Mając to na uwadze, celem artykułu jest przedstawienie przykładowych elementów z obszaru doskonalenia systemów zarządzania jakością, których prawidłowe wdrożenie i utrzymanie, a następnie rozwijanie,

może przyczynić się do poprawy jakości w tym obszarze. Aby zrealizować założony cel, oparto się na studiach literaturowych, które pozwoliły na określenie i scharakteryzowanie podstawowych pojęć i podejść, mających znaczenie w doskonaleniu systemów zarządzania jakością. W pracy posłużono się także metodą badawczą, jaką jest studium przypadku, odnoszące się do doświadczeń Szpitala Swissmed w latach 2010–2011.

Pojęcie doskonałości i doskonalenia

Doskonałość oraz doskonalenie to pojęcia, które są bardzo często wykorzystywane w ramach koncepcji zarządzania jakością. By wskazać przykłady potwierdzające powyższe twierdzenie, wymienić należy: ciągle doskonalenie stanowiące jedną z ośmiu zasad zarządzania jakością, realizację projektów doskonalących, cykl doskonalenia organizacji PDCA oraz Model Doskonałości będący pewnym wzorem doskonałości organizacji [Rogała 2009, s. 11]. Słowo doskonałość wywodzi się od łacińskiego *perfectio*. Natomiast w mowie potocznej termin „doskonały” rozumiany jest jako „mający wiele zalet” lub „bardzo dobry” i wywodzi się od łacińskiego słowa *excellentia*. Doskonałość jest pojęciem złożonym, którego natury należy upatrywać zarówno w filozofii, jak i prakseologii. Próby zdefiniowania tego pojęcia przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Wybrane definicje doskonałości

Autor	Definicja
Arystoteles	✓ doskonale jest to, co jest zupełne, zawiera wszystkie należne części, ✓ doskonale jest to, co jest tak dobre, że w samym rodzaju nie może być lepsze, ✓ doskonale jest to, co osiągnęło swój cel
Tomasz z Akwinu	✓ gdy rzecz jest doskonała sama przez się i gdy doskonale służy swemu celowi
R. Goclenius	✓ szczyt tego, czym rzecz być może
J. Micraelius	✓ nieposiadanie braków
Kartezjusz	✓ właściwą doskonałość ma jedynie Bóg, wszelka inna jest tylko przybliżoną doskonałością
A. Smith	✓ przejawem dążenia do doskonałości w praktyce organizacyjnej jest maksymalizacja wartości w drodze specjalizacji i podziału pracy

Źródło: Opracowanie własne na podst.: Haffer 2011, s. 17–18.

Doskonałość rozumiana jest również jako najwyższy poziom lub stopień jakości odnoszący się do produktu, usługi. Z tego względu pojęcia „doskonałość” i „jakość” pozostają we wzajemnym związku. Zatem doskonałość można rozpatrywać zarówno w odniesieniu do rzeczy, jak i do organizacji [Szczepańska 2011, s. 24]. Jak podaje R. Haffer, jakość w rozumieniu doskonałości biznesowej oznacza maksymalizowanie wyników działalności biznesowej w każdym aspekcie działania przedsiębiorstwa. Zasadne wydaje się definiowanie doskonałości biznesowej przez pryzmat ewoluujących na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza koncepcji przedstawionych na rysunku 1 [Haffer 2011, s. 20–38].

Rys. 1. Ewolucja koncepcji wyjaśniania pojęcia doskonałości biznesowej

Doskonałość biznesowa							
Doskonałość jako							
miękkie zasoby organizacji	zmiana	uczenie się	zintegrowany rozwój	budowanie jakości w ramach 4P	maksymalizacja wartości dla interesariuszy	modele doskonałości biznesowej	dojrzałość systemu zarządzania

Źródło: Haffer 2011, s. 21.

Kolejne pojęcie wymagające wyjaśnienia to doskonalenie. Powinno być ono rozumiane jako działania zmierzające do osiągnięcia stanu doskonałego (doskonałości) [Szczepańska, 2011, s. 25]. W literaturze przedmiotu spotykamy wiele innych definicji doskonalenia. Według M. Ćwiklickiego i H. Obory doskonalenie organizacji jest wszechstronnym i długofalowym działaniem zmierzającym do ciągłego usprawniania procesów rozwiązywania problemów i odnowy organizacji [Ćwiklicki, Obora 2009, s. 15]. W. Grudzewskiski i I. Hejduk określają ciągle doskonalenie jako proces wdrażania zmian w przedsiębiorstwie, które prowadzą do restrukturyzacji [Grudzewski, Hejduk 2004, s. 12]. Warto podkreślić, że celem ciągłego doskonalenia zarządzania organizacją jest nie tylko rozwiązywanie pojawiających się problemów i zapobieganie ich powstawaniu. Proces doskonalenia jest działaniem ciągłym, permanentnym poszukiwaniem przez wszystkich pracowników możliwości i sposobów doskonalenia własnej pracy, jak i najlepszego spełniania potrzeb i oczekiwań wszystkich klientów.

Odniesienie do koncepcji doskonalenia znajduje się w każdej z trzech norm ISO serii 9000, tj. w ISO 9000, ISO 9001 oraz ISO 9004. W związku z powyższym należy przytoczyć pojęcie doskonalenia jakości zdefiniowane w normie ISO 9000, zdefiniowane jako „część zarządzania jakością, ukierunko-

wana na zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań dotyczących jakości”. Podana jest również definicja ciągłego doskonalenia. Przyjmuje się, że jest nim „*powtarzające się działanie mające na celu zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań*” [PN-EN ISO 9000, 2006, s.29].

Jak już wcześniej sygnalizowano, w opiece zdrowotnej, wzrasta zainteresowanie problematyką jakości. Istnieje też wiele podejść do doskonalenia jakości. Poszczególne podejścia są wynikiem przyjmowania różnych poglądów na zachowanie jednostki i teorię organizacji [Walshe 2011, s. 550–551]. Charakter i zakres oddziaływania tych podejść ilustruje tabela 2.

Tab. 2. Podejście do doskonalenia organizacji

Charakter podejścia	Obszar oddziaływania
Doskonalenie jakości może koncentrować się na zmianie:	✓ organizacji ✓ personelu medycznego ✓ interakcji członków systemu
Jakość może być kontrolowana i poprawiana poprzez:	✓ działania regulacyjne podejmowane przez personel medyczny ✓ zewnętrzne działania kontrolne, regulacyjne i motywacyjne ✓ wpływ pacjentów, którzy mogą odzwierciedlać siły rynkowe ✓ ograniczenie zmienności i nieefektywności procesów organizacyjnych
Jakością można zarządzać:	✓ z góry na dół ✓ z dołu do góry ✓ z zewnątrz

Źródło: Walshe, Smith 2011, s. 551.

Doskonalenie poprzez podejście procesowe

Podstawowym warunkiem doskonalenia danej organizacji jest doskonalenie procesów. W organizacji wszystkie procesy, na każdym szczeblu zarządzania są ze sobą powiązane. Współzależność i relacje procesów tworzą jakość funkcjonowania całej organizacji, a podejście procesowe stanowi podstawowy element nowoczesnego zarządzania. Doskonalenie procesów, w tym procesów realizowanych przez placówki usług medycznych, poprzez właściwe nimi zarządzanie, obejmuje analizę i ciągłe usprawnianie procesów za pomocą systemu wskaźników, które obrazują realizację celów poszczególnych procesów. Efektami doskonalenia procesu mogą być re-

dukacja kosztów przebiegu procesu, poprawa jakości pracy, wzrost jakości wyrobów i usług, usprawnienie komunikacji, poprawa pozycji organizacji na rynku. Dynamika doskonalenia poprzez podejście procesowe stanowi podstawową miarę wartości systemu zarządzania w organizacji [Kowalczyk 2008, s. 47].

Doskonalenie procesów, jak każde działanie w organizacji, powinno być zaplanowane. Planowanie owo może opierać się na różnych metodach planowania, ponieważ powinno być dostosowane do charakteru placówki, realizowanych w niej działań, zasięgu i obszaru oddziaływania doskonalenia. Należy jednak zwrócić uwagę, że każdy plan winien opierać się na klasycznym cyklu Deminga – PDCA, co potwierdza tabela 3.

Tab. 3. Etapy planu doskonalenia na tle wybranych metod planowania

Metoda	Opis
SREDIM	S elect (wybierz działania), R ecord (zapisz fakty), E xamine (zbadaj fakty), D evelop (opracuj nową metodę-działanie), I nstall (zastosuj nową metodę-działanie), M aintain (utrzymaj nową metodę-działanie)
DMAIC	D efine (określ), M easure (mierz), A nalyse (analizuj), I nstall (wdróż), C ontrol (kontroluj)
8DTOPS	D1 – powołaj zespół ekspertów, D2 – zdefiniuj problem, D3 – wdróż i zweryfikuj rozwiązanie tematyczne (ICA – <i>Interim Containment Action</i>), D4 – określ i zweryfikuj przyczyny (źródła), D5 – wybierz i zweryfikuj stałe działania korygujące (PCA – <i>PremanentCorrective Actions</i>), D6 – wdróż i zatwierdź PCA, D7 – zapobiegaj powtórnemu wystąpieniu problemu (jego przyczyny głównej), D8 – docenń wysiłki zespołu

Źródło: Szczepańska 2011, s. 25.

Doskonalenie w aspekcie integracji systemów zarządzania jakością

Wdrażanie systemu zarządzania jakością w organizacji wyrasta z oczekiwań, jakie wobec tej organizacji formułuje jej otoczenie społeczne. Obecny etap w ewolucji zarządzania jakością skupia się wokół kompleksowych działań dotyczących jakości. M. Ćwiklicki i H. Obora podają, iż system zarządzania jakością obejmuje wszelkie działania dotyczące ogólnego zarządzania w organizacji, decydujące o polityce jakości, określonych celach i zadaniach funkcjonujących komórek organizacyjnych oraz ich realizacji poprzez funkcje: planowania jakości, sterowania jakością i nadzór nad jakością [Ćwiklicki, Obora 2009, s. 46]. Jak wiadomo, do najpopularniejszych

standardów, w jakich zawarte są wymagania regulujące sferę systemowego zarządzania, zaliczają się: norma ISO 9001, ISO 14001 oraz PN-N-18004. Posiadanie certyfikatu ISO 9001 to dla szpitala nieustanne podejmowanie nowych wyzwań, otwartość na zmiany, jak również podnoszenie kwalifikacji kadry, systematyczne badania satysfakcji pacjentów oraz poczucie współodpowiedzialności pracowników w kreowaniu pozycji szpitala. Norma ISO 14001 jest międzynarodową specyfikacją, określającą zasady nadzoru nad działaniami, które mają wpływ na środowisko. Opiera się na ciągłym doskonaleniu. Coraz więcej zakładów opieki zdrowotnej dostosowuje się także do wymagań systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy zgodnego z normą PN-N-18001. Norma ta dostarcza wytycznych do poprawy warunków pracy oraz przeciwdziałania zagrożeniom występującym w jej środowisku, co ma szczególne znaczenie w przypadku placówek medycznych.

Należy jednak zauważyć, iż liczność wymogów o charakterze systemowym, w tym wymogów akredytacyjnych stawianych placówkom medycznym, może spowodować ryzyko utraty kontroli nad tymi systemami, szczególnie wtedy, gdy obejmują one wiele obszarów i są wdrażane w dużych organizacjach. Wielokrotne audyty, w tym audyty zewnętrzne, w ramach innego standardu i często w tych samych obszarach, zabierają czas i środki. Skłania to do integracji systemów zarządzania i do integracji prowadzonej oceny wewnętrznej, ale także i zewnętrznej, na przykład poprzez poddanie się audytom połączonym. Już większość bowiem jednostek certyfikacyjnych na rynku takie usługi oferuje. Integracja winna się odbywać także na poziomie przeglądów zarządzania, a nade wszystko dokumentacji. Doskonalenie poprzez integrację systemów powinno się przejawiać w prostocie przyjętego podejścia i w poszukiwaniu rozwiązań o charakterze uniwersalnym, zapobiegających dublowaniu się działań, uprawnień, odpowiedzialności, polityk, procedur czy zapisów, narażających na wzrost biurokracji i kosztów związanych z utrzymaniem systemów niezintegrowanych.

Samoocena jako narzędzie doskonalenia

Istnieje wiele dróg oraz narzędzi, które umożliwiają osiągnięcie wysokiego poziomu jakości zarządzania organizacjami. Wśród nich są modele doskonałości, które mają zasadnicze znaczenie w procesie doskonaleniu. Są nimi szczególnie Europejski Model Doskonałości EFQM, Amerykański Model im. Malcolma Baldrige'a, czy Japońska Nagroda im. Deminga.

Pod pojęciem modelu doskonałości można rozumieć zbiór zasad jakości i różnych instrumentów jakości, takich jak metody i narzędzia zarządzania jakością, które służą do pomiaru stopnia, w jaki dana organizacja spełnia wymagania kluczowych interesariuszy [Flynn i Saladin 2001, s. 339–366; Kanji 2002, s. 715–728]. Są one swoistym zestawem wytycznych i mogą być wykorzystane jako wzorzec do przeprowadzania oceny wewnętrznej – samooceny [Grigoroudis i Siskos 2010, s. 58], jak i oceny zewnętrznej [Bovaird i Löffler 2009, s. 173]. Szczególną rolę odgrywa tu jednak proces samooceny. Pozwala on bowiem danej organizacji na samodzielne, precyzyjne określenie jej mocnych stron i obszarów wymagających poprawy. W przekonaniu K. Cholewickiej-Goździk, samoocena jest pierwszym krokiem podejmowania wszelkich działań korygujących i zapobiegawczych, służących eliminowaniu lub niedopuszczaniu do powstawaniu niezgodności, jak również doskonalenia realizowanych działań w organizacji [Cholewicka-Goździk 2009, s. 7].

Samoocenę jako narzędzie doskonalenia systemu jakości opisuje także standard **ISO/DIS 10014:2005**, którego głównym celem jest dostarczenie kierownictwu wytycznych, wskazówek i metodyki, która pomoże w efektywnym wdrożeniu zasad zarządzania jakością oraz w wyborze narzędzi umożliwiających ciągłe doskonalenie organizacji [Lisiecka 2006, s. 260].

Do samooceny zachęca także norma **ISO 9004**, według której istotą samooceny jest dostarczanie organizacji opartych na faktach wskazówek, gdzie należy kierować środki, aby uzyskać efekt doskonalenia.

Aspekt samooceny jest szczególnie ważny w przypadku sektora medycznego. Proces ten jest przy tym często wymuszany przez przyjęte systemy oceny zewnętrznej, takie jak: akredytacja Centrum Monitorowania Jakości (CMJ), audyty zewnętrzne oraz audyty wewnętrzne. Należy podkreślić, iż niektóre organizacje w Stanach Zjednoczonych włączają wytyczne dotyczące standardów do pakietu narzędzi samooceny. Przykładem może być Amerykańska Akademia Pediatrii (American Academy of Pediatrics), która reklamuje swój program samooceny jako narzędzie pozwalające na ewaluację jakości własnej praktyki lekarskiej i poprawę wydajności gabinetu (AAP 2000) [Bose 2001, s. 4].

Mając powyższe na uwadze można stwierdzić, iż dla organizacji, która chce osiągnąć sukces, samoocena powinna stanowić stałą i systematyczną działalność. To podejście nosi w sobie pierwiastek zapobiegania, odpowiedzialności wewnętrznej, zaangażowania pracowników oraz samodyscypli-

ny. Działa także motywacyjnie i pozwala na utrwalenie wysokiej kultury pracy.

Wypada zaznaczyć, iż istnieje wiele dowodów praktycznych, opisanych w fachowej literaturze przedmiotu, potwierdzających, że prowadzenie samooceny przyczynia się do poprawy środowiska pracy, do zwiększenia efektywności procesów, lepszego niż do tej pory zrozumienia oczekiwań klientów, do wzrostu zaangażowania i odpowiedzialności kierownictwa, pracowników i do poprawy ogólnego stylu zarządzania w organizacji, w tym kultury jakości [Finn i Porter 1994, s. 56–61; Brown i van der Wiele 1996, s. 293–307; Achilleas i Anastasios 2008, s. 829–839].

Doskonalenie poprzez wdrożenie usług wspomagających zarządzanie jakością na przykładzie NOR-STA

Projekt NOR-STA poświęcony jest wspomaganiu osiągnięcia i oceny zgodności ze standardami w różnych sektorach gospodarki. Projekt (finansowany z Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka) jest realizowany na Wydziale Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki Politechniki Gdańskiej przy współpracy m.in. z Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie. W sektorze ochrony zdrowia ukierunkowany jest na wspomaganie kluczowych procesów zakładów opieki zdrowotnej poprzez ocenę zgodności z programem akredytacji szpitali. Projekt lokuje się w obszarze technologii informacyjnych i dotyczy wykorzystania nowoczesnych narzędzi programowych i bazujących na nich metod działania. Rozwijana w projekcie i przygotowywana do komercjalizacji metoda oraz związane z nią wsparcie narzędziowe (dalej łącznie określone jako usługi NOR-STA) są rozwiązaniami innowacyjnymi, pod wieloma aspektami wyprzedzającymi inne tego typu produkty w kraju i na świecie [www.nor-sta.eu].

Usługi NOR-STA przeznaczone są dla szpitali:

- przygotowujących się po raz pierwszy do akredytacji,
- przygotowujących się po raz kolejny do akredytacji,
- chcących na bieżąco weryfikować swoją zgodność z programem akredytacji szpitali.

W ramach eksperymentalnych wdrożeń usługi NOR-STA udostępniono do tej pory kilkunastu szpitalom, w projekcie planowane są dalsze wdrożenia w miarę nawiązywania współpracy z kolejnymi zakładami opieki zdrowotnej.

Oprogramowanie udostępnione w ramach usług NOR-STA zawiera schemat stanowiący odwzorowanie wymagań programu akredytacji

szpitali – tzw. szablon zgodności. Przedstawiony jest w postaci struktury hierarchicznej z podziałem na określone działy i poszczególne standardy. Materiały dowodowe stanowiące realizację kryteriów standardów akredytacyjnych (np. procedury, instrukcje, plany) umieszczane są w schemacie, który zostaje poddany ocenie Centrum Monitorowania Jakości.

Usługi NOR-STA umożliwiają przeprowadzenie oceny zgodności z programem akredytacji szpitali, proponując wykorzystanie szablonu zgodności i materiału dowodowego w formie elektronicznej, co w radykalny sposób ułatwia działania:

- 1) w obszarze jednostek opieki zdrowotnej:
 - zgromadzenie materiałów dowodzących spełnienia kryteriów programu akredytacji szpitali (procedury, instrukcje, kopie dokumentów papierowych, zdjęcia, filmy video, nagrania dźwiękowe),
 - przeprowadzenie samooceny,
 - ocenę wizytatorów przed wizytą akredytacyjną,
 - usprawnienie komunikacji wewnętrznej.
- 2) w obszarze Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia:
 - zapoznanie się z dokumentacją szpitala przed wizytą akredytacyjną,
 - wstępną ocenę dokumentacji szpitala przed wizytą akredytacyjną.

Korzyści wynikające z wdrożenia usługi NOR-STA są następujące:

- ocena oparta na faktach,
- ocena dokonana przez eksperta,
- wyliczenie sumaryczne ocen i ich wizualizacja,
- wskazanie obszarów wymagających wzmocnienia dowodów zgodności z kryteriami programu akredytacji szpitali.

Uzyskanie i utrzymanie zgodności z przyjętymi standardami stanowi istotny czynnik ułatwiający współpracę, budujący zaufanie, zwiększający konkurencyjność. Usługi NOR-STA umożliwiają wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych, wspiera przy tym doskonalenie realizowanych w zakładach opieki zdrowotnej procesów.

Swissmed Centrum Zdrowia - studium przypadku

Swissmed Centrum Zdrowia S.A. jest dynamicznie rozwijającą się organizacją medyczną działającą od 1996 roku. Firma powstała z połączenia wiedzy i doświadczenia najlepszych lekarzy oraz kapitału szwajcarskiego udziałowca. Spółka konsekwentnie realizuje przyjęte założenia rozwojowe, oferując pełen zakres usług medycznych od medycyny rodzinnej do leczenia szpitalnego. Swissmed udziela pomocy medycznej pacjentom

z kraju i zagranicą. Głównym celem strategicznym Zarządu jest uzyskanie przez spółkę pozycji lidera na rynku prywatnego, wieloprofilowego lecznictwa szpitalnego, uzupełnionego o szeroką ofertę w zakresie diagnostyki i konsultacji specjalistycznych. Szpital stale podnosi jakość swoich usług, a doskonalenie realizowanych procesów ma charakter ciągły. Owo doskonalenie jest realizowane między innymi poprzez **samoocenę**, traktowaną jako wymóg przyjętych inicjatyw projakościowych. Tu na uwagę zasługuje wdrożenie przez placówkę standardów ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004 oraz akredytacja wg wymagań CMJ. Tabele 4 i 5 prezentują wymagania dotyczące doskonalenia realizowane w Swissmed Centrum Zdrowia, poddawane obecnie procesowi ich integracji, w ramach tworzonego modelu samooceny.

Tab. 4. Wymagania dotyczące doskonalenia związane z samooceną w aspekcie zintegrowanych systemów zarządzania w badanym szpitalu

ISO 9001		ISO 14001		PN-N 18001	
Roz.	Treść	Roz.	Treść	Roz.	Treść
5.3	Polityka jakości	4.2	Polityka środowiskowa	4.2.2	Polityka bezpieczeństwa i higieny pracy
5.4.1	Cele dotyczące jakości	4.3.3	Cele, zadania i programy	4.3.3	Cele ogólne i szczególne
5.6.	Przegląd zarządzania	4.6	Przegląd zarządzania	4.6	Przegląd zarządzania
5.2	Orientacja na klienta	4.3.1	Aspekty środowiskowe	4.3.2	Wymagania prawne i inne
		4.3.2	Wymagania prawne i inne	4.4.6	Zarządzanie ryzykiem zawodowym
				4.4.8	Zapobieganie, gotowość i reagowanie na wypadki przy pracy
8.2.2.	Audyt wewnętrzny	4.5.5	Audyt wewnętrzny	4.5.3	Audytowanie
8.2.3	Monitorowanie i pomiary procesów	4.5.1	Monitorowanie i pomiary	4.5.1	Monitorowanie
8.2.4	Monitorowanie i pomiary wyrobu	4.5.1	Monitorowanie i pomiary	4.5.1	Monitorowanie
8.4	Analiza danych	4.5.1	Monitorowanie i pomiary	4.5.2	Badanie wypadków przy pracy, chorób zawodowych i zdarzeń potencjalnie wypadkowych

8.5.2	Działania korygujące	4.5.3	Niezgodności oraz działania korygujące i zapobiegawcze	4.5.4	Niezgodności oraz działania korygujące i zapobiegawcze
8.5.3	Działania zapobiegawcze	4.5.3	Niezgodności oraz działania korygujące i zapobiegawcze	4.5.4	Niezgodności oraz działania korygujące i zapobiegawcze

Źródło: opracowanie własne

Tab. 5. Wybrane wymagania dotyczące doskonalenia związane z samooceną w aspekcie programu akredytacji szpitali

Rozdział	Symbol standardu	Treść
Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjentów (PJ)	PJ 1	W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości
	PJ 2	W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją
	PJ 3	W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów
	PJ 4.1	W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy
	PJ 4.2	W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian
	PJ 5.2	W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjenta
Zarządzanie ogólne (ZO)	ZO 1	Szpital ma zdefiniowaną misję
	ZO 6	Szpital posiada plan strategiczny
Kontrola zakażeń (KZ)	KZ 1	W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń
	KZ 2	W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń
	KZ 3	W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych
Zabiegi i znieczulenia (ZA)	ZA 4	Przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności
	ZA 5	Sprzęt używany do znieczulenia i zabiegów jest systematycznie sprawdzany
	ZA 12	Przebieg i skutki zabiegów są analizowane

Źródło: opracowanie własne

Jak zatem widać, wymagania dotyczące doskonalenia związane z samooceną, zobowiązują szpital do przeprowadzenia **audytów wewnętrznych**,

których celem jest systematyczne i niezależne badanie, mające ocenić, czy funkcjonujący w organizacji system jest zgodny z przyjętymi wymaganiami i czy jest skutecznym narzędziem realizacji przyjętych celów firmy. Audyty wewnętrzne są jednym z najistotniejszych potencjalnych źródeł uzyskiwania wartości dodanej, dostarczają cennych wskazówek w doskonaleniu systemu zarządzania. Audyt monitoruje stan aktualny, inspiruje rozwiązania przyszłościowe, promując środki zaradcze, czyli działa w sposób prewencyjny. Szczególną rolę w tym względzie odgrywają przeszkoleni audytorzy wewnętrzni.

Zasady planowania audytów, prowadzenia, sporządzania zapisów i prezentacji ich wyników opisane zostały w obowiązującej w szpitalu procedurze. Audyty wewnętrzne przeprowadzone w latach 2010–2011 obejmowały wszystkie obszary systemu zarządzania i przyniosły takie korzyści, jak: doskonalenie nadzoru nad dokumentacją medyczną, poprawa komunikacji wewnętrznej, organizacja szkoleń dotyczących zagadnień zidentyfikowanych problemów, identyfikacja nieefektywnych działań, a także zwiększenie świadomości i zaangażowania personelu w działania audytowe i poaudytowe.

Znaczącym narzędziem doskonalenia systemu zarządzania w szpitalu jest **przegląd zarządzania**. Realizacja przeglądu ma zapewnić stałą przydatność, adekwatność i skuteczność systemu. Jego celem jest ocena trendów procesów, a pośrednio – ocena realizacji celów operacyjnych. Przed przeglądem zarządzania w Swissmed Centrum Zdrowia właściciele procesów dostarczają pełnomocnikowi do spraw jakości ocenę funkcjonowania swojego procesu oraz propozycję działań doskonalących. W przeglądzie uczestniczy zarząd oraz właściciele procesów. Wyniki przeglądu zawarte są w raporcie z przeglądu zarządzania i pomagają w koncentrowaniu uwagi na sprawach najważniejszych.

Szpital Swissmed posiada również akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Uzyskanie akredytacji w 2010 roku pozwoliło na spełnienie rosnących oczekiwań pacjentów poprzez standaryzację działań. Realizacja standardów akredytacyjnych pozwala bowiem uporządkować szereg obszarów działalności szpitala. Najcenniejszym jednak elementem systemu akredytacji jest to, iż pojedyncza placówka, taka jak szpital, ma możliwość **dokonania samooceny** poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są standardy akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron pozwala na poszukiwania sposobów poprawy procesów funkcjonujących wewnątrz jednostki.

Aktualnie szpital wdraża także opisany projekt **NOR-STA**. Docelowo ma on pozwolić na lepsze zarządzanie dokumentacją i procesami w zintegrowanym systemie zarządzania jakością i na skuteczniejsze realizowanie działań związanych z samooceną.

Podsumowanie

Celem artykułu było zidentyfikowanie i scharakteryzowanie podstawowych podejść dotyczących doskonalenia w zarządzaniu jakością w organizacji, mających zastosowanie w ochronie zdrowia, na przykładzie szpitala Swissmed. Studia literaturowe, a także badania w ramach studium przypadku, pozwoliły stwierdzić, iż doskonaleniu temu sprzyjają następujące praktyki i działania:

- zastosowanie podejścia procesowego w organizacji,
- opracowanie i wdrożenie skutecznego planu doskonalenia opartego o klasyczny lub zmodyfikowany cykl Deminga,
- integracja wdrażanych systemów zarządzania, z uwzględnieniem wymagań akredytacji CMJ,
- stosowanie samooceny w oparciu o wypracowane systemy zarządzania i inne dobre praktyki branżowe,
- wspomaganie modelu samooceny rozwiązaniami informatycznymi, pozwalającymi na efektywniejsze i skuteczniejsze nadzorowanie świadczonych usług i wspierających je procesów.

Jak widać, badany szpital podjął wiele wysiłków w tym zakresie, przy czym proces doskonalenia nigdy nie może być faktem dokonanym. To trwała działalność, która między innymi zmusza do wdrażania różnych nowoczesnych instrumentów zarządzania jakością, tzw. narzędzi i metod jakości. Literatura przedmiotu podkreśla ich wysoką użyteczność w zarządzaniu jakością w ochronie zdrowia [Varkey i inni 2007; Loeb 2004; Jackson 2007; Lynn i inni 2007; Kemppainen 2000]. Służą one bowiem nie tylko zbieraniu danych o jakości, ale także ich analizie, pozwalają na ustalenie przyczyny ewentualnego problemu, na podjęcie właściwych decyzji i zaplanowanie skutecznych działań doskonalących.

Bibliografia

- Achilleas K., Anastasios S. (2008), *Marketing aspects of assurance systems. The organic food sector case*, "British Food Journal", Vol. 110, No 8, pp. 829–839.
- Bovaird i Löffler, Bovaird T., Löffler E. (ed.) (2009), *Public Management and Governance*, Second Edition, Routledge, Oxon.

- Brown A., van der Wiele T. (1996), *Quality management self-assessment in Australia*, "Total Quality Management", Vol.7, No 3, pp. 293–307.
- Cholewicka-Goździk K. (2009), *Optymalność jakości*, „Problemy Jakości”, Nr 7.
- Ćwiklicki M., Obora H. (2009), *Metody TQM w zarządzaniu firmą*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa.
- Finn M., Porter L.J. (1994), *TQM self-assessment in the UK*, "The TQM Magazine", Vol. 6, No 4, pp. 56–61.
- Flynn B.B., Saladin B. (2006), *Relevance of Baldrige Constructs in an International Context. A study of national culture*, "Journal of Operations Management", 11(4), pp. 339–366.
- Głowacka M., Galicki J., Mojs E. (2009), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Grigoroudis E., Siskos Y. (2010), *Customer Satisfaction Evaluation. Methods for Measuring and Implementing Service Quality*, Springer Science+Business Media, New York.
- Grudzewski W.M., Hejduk I.K. (2004), *Metody projektowania systemów zarządzania*, Difin, Warszawa.
- Haffer R. (2011), *Samooceń i pomiar wyników działalności w systemach zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Jackson S. (2001), *Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions?* "Int. J. Health Care Qual. Assur." 14(4), pp. 157–163.
- Kanji G.K. (2002), *Performance management system*, "Total Quality Management", 13(5), pp. 715–728.
- Kemppainen J.K. (2000), *The critical incident technique and nursing care quality research*, "J. Adv. Nurs.", 32(5), pp.1264–1271.
- Kowalczyk J. (2008), *Szef firmy w systemie zarządzania przez jakość*, CeDeWu, Warszawa.
- Lisiecka K. (2006), *Sposoby utrzymywania przewagi konkurencyjnej firmy*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Loeb J. (2004), *The current state of performance measurement in healthcare*. "Int. J. Qual. Health Care", Vol. 16 (Suppl. 1), pp. 5–9.
- Lynn J., Baily M.A., Bottrell M. (2007), *The ethics of using quality improvement methods in health care*, "Ann. Intern. Med." Vol. 146, pp. 666–673.
- PN-EN ISO 9000:2006, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2006.

- Rogala P. (2010), *Doskonalenie systemu zarządzania jakością*, „Problemy Jakości” nr 11.
- Rogala P. (2009), *Doskonałość w zarządzaniu – istota modele*, „Problemy Jakości” nr 4.
- Sujata B., Oliveras E., Edson W. (2001), *How Can Self-Assessment Improve the Quality of Healthcare*, “Operation Research Issue Paper”, September, Vol. 2, Issue 4.
- Szczepańska K. (2011), *Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości*, C.H. Beck, Warszawa.
- Walshe K., Smith J. (2011), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- www.nor-sta.eu, Portal projektu NOR-STA, Politechnika Gdańska.
- Varkey P., Peller K., Resar R.K. (2007), *Basics of quality improvement in health care*, “Mayo Clin. Proc.”, 82 (6), pp. 735–739.

Małgorzata Wiśniewska, Anna Jasiak-Kujawska
Uniwersytet Gdański

Wybrane metody oceny jakości usługi pielęgniarskiej

Streszczenie: Jakość usług medycznych ma istotny wpływ na zdrowie i życie pacjenta. Z tego powodu istotne znaczenie ma ocena jakości tych usług. Istnieje przy tym wiele różnych metod takiego pomiaru. Ich charakter oraz zakres stosowania także bywa różny. Niektóre są specyficzne, inne bardziej uniwersalne w zastosowaniu. Pierwsza opisana w artykule to metoda BOHPSZO. Kolejne to Servqual i Kryterialny Wzorzec Jakości (KWJ) o charakterze bardziej uniwersalnym. Porównanie tych metod wskazuje na wiele korzyści metody KWJ, takich jak uniwersalność, elastyczność, szeroka możliwość zastosowań i modyfikacji, zgodnie z potrzebami badacza. Autorki pracy twierdzą, że KWJ może być używana w połączeniu z takimi metodami oceny, jak Servqual lub w korelacji z wymaganiami systemu ISO 9001, celem stworzenia użytecznego modelu oceny jakości usługi pielęgniarskiej.

Selected methods of nursing service quality assessment

Abstract: Medical care quality has a great influence on health and life of the patient. For that reason quality service assessment in that area is very important issue. In that case there are several different methods used for the quality assessment. The character and the scope of the methods are also different. Some of them are very specific, another, more universal. The first one, described in the article is BOHPSZO. The other two methods – Servqual and KWJ are more universal and designed for quality service assessment, in general. The comparison of the methods indicates several advantages connected with KWJ, like the universality, flexibility, the wide range of the possible modifications according to the specific needs of the researcher. As authors of the paper claim, KWJ can be used together with other quality assessment methods, like Servqual and others, or in correlation with the requirements of the systems, like ISO 9001, to prepare the tailor-made model for successful assessment in the nursing services area.

Wprowadzenie

Wysoka jakość usług pielęgniarских to jeden z podstawowych warunków zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta. Przez opiekę pielęgniariską należy rozumieć nie tylko całokształt zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy

technicznych, ale cały obszar kontaktów międzyludzkich, wiedzę fachową pielęgniarek oraz ich zdolność do podejmowania trafnych i przemyślnych decyzji.

Jakość tej opieki jest zatem problemem bardzo złożonym. Najczęściej dotyczy problemów biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych oraz ich wzajemnych relacji [Książek, Ketzner 2005, s. 73–83]. Tym bardziej winna na bieżąco być monitorowana i oceniana. Z bogatego instrumentarium zarządzania jakością istnieje kilka metod, które z powodzeniem można wykorzystać w tym obszarze. Każda z nich spełnia przy tym podstawowy warunek owego zarządzania, jakim jest potrzeba doskonalenia – procesu, stanowiska pracy, czy wreszcie całej placówki medycznej. Doskonalenie organizacji to bowiem przeprowadzanie ciągłych zmian na lepsze, wprowadzanie usprawnień, minimalizowanie marnotrawstwa środków, ciągły rozwój organizacji [Opolski i inni 2003, s. 44]. Zapewnia osiągnięcie sukcesu, przewagi konkurencyjnej, jest też celem każdego podmiotu działającego na rynku, w tym także podmiotu leczniczego [Ustawa 2011]. Oczywistym jest przy tym, iż każdy taki podmiot powinien indywidualnie dobrać odpowiednią dla siebie metodę doskonalenia jakości, która pozwoli skutecznie diagnozować i rozwiązywać zaistniałe problemy.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wybranych trzech metod pomiaru jakości mających zastosowanie w usługach pielęgniarstwiej – specyficznej i zaprojektowanej typowo dla tego obszaru metody BOHIP-SZO oraz bardziej uniwersalnych – metody Servqual oraz Kryterialnego Wzorca Jakości. Aby zrealizować ten cel autorki posłużyły się metodą badania literatury przedmiotu, polskiej i zagranicznej, która była pomocna do wskazania istoty opisanych instrumentów oceny. Ponieważ metody te zostały już obszernie opisane przez wielu autorów w literaturze fachowej, a i wymagania objętościowe artykułu nie pozwalają na ich bardziej szczegółowe omówienia, autorki ograniczyły się do ich krótkiej, ogólnej charakterystyki. Punkt ciężkości został położony na podobieństwa i różnice między metodami, a także na ich wady i zalety wskazujące na ewentualne ograniczenia lub potencjalne kierunki ich rozwoju podczas procesu oceny.

Metoda BOHIPSZO

Jedną ze znanych i dość powszechnie stosowanych metod pozwalających ocenić jakość świadczonych usług pielęgniarstwiej jest metoda BOHIPSZO, zaproponowana przez Helenę Lenartowicz [Lenartowicz 1998,

s. 63–72]. Została opracowana w latach 70-tych ubiegłego stulecia. Stanowi podstawę do modyfikacji i opracowywania wielu narzędzi oceny opieki pielęgniarskiej, mogących mieć zastosowanie w różnych oddziałach szpitalnych. Skrót BOHIPSZO to akronim, który pochodzi od pierwszych liter ośmiu komponentów uznanych za najważniejsze w pielęgnowaniu. Lenartowicz uznała te obszary opieki za najważniejsze przy dokonywaniu oceny świadczonych usług, a jednocześnie za niezbędne, by proces ten przebiegał zgodnie z oczekiwaniami. Zaprojektowała je w formie standardów, dla których przydzielona została odpowiednia punktacja (por. tabela 1).

Tab. 1. Komponenty oceny wg metody BOHIPSZO wraz z przyznaną im punktacją

L.p.	Standard	Wartość punktów
1	Bezpieczeństwo chorego	35
2	Ochrona przed zakażeniami	23
3	Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	30
4	Informowanie	14
5	Podmiotowość	37
6	Samopielęgnacja	25
7	Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	46
8	Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	30
Razem		240

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie [Lenartowicz 1998, s. 73]

Dla każdego ze standardów zostały ponadto ustalone konkretne kryteria oceny, przedstawione w postaci deskryptywnej (opisowej, wraz z charakterystyką stanów pożądanых i niepożądanych oraz pośrednich) i punktowej (przypisanej do danego stanu). Metoda wymaga, aby pomiary służące ocenie jakości były poprzedzone odpowiednim przygotowaniem. Zespół pielęgniarski powinien być poinformowany o danej ocenie, jej celu i sposobie pomiaru. Pacjentów, którzy uczestnicząc w badaniu, są poddawani obserwacji, a jednocześnie odpowiadają na pytania, należy dobierać metodą losową, a liczebność próby powinna się wahać między 15–20% populacji całkowitej. Dokonując kategoryzacji pacjentów, można posłużyć się metodą opisaną powszechnie w literaturze przedmiotu, między innymi przez Ksykiewicz-Dorotę [Ksykiewicz-Dorota 2001, s. 178–179].

Ocena powinna być dokonywana przez eksperta zawodu pielęgniarstwa, który nie jest zatrudniony w oddziale poddającym się ocenie. Powinna być

poprzedzona badaniem pilotażowym na niewielkiej grupie pacjentów, które umożliwi wprowadzenie ewentualnych korekt do kwestionariusza oceny. W omawianej metodzie wykorzystuje się techniki badawcze, do których zalicza się analizę dokumentacji, wywiady z pacjentami, kadrami pracowników oraz własną eksperymentalną obserwację. Osoba oceniająca powinna zacząć od opisu oddziału, zapoznania się z historiami chorób i pielęgnowania, rozpoznaniem, problemami i planami opieki nad pacjentami leczonymi w danym oddziale szpitalnym.

Jak wspomniano, każdemu z ośmiu standardów są przyporządkowane kryteria o określonej liczbie. Każdemu kryterium przypisano liczbę punktów w zakresie od 1 do 3. W ramach każdego kryterium, w zależności od jego spełnienia lub zastosowania, można udzielić odpowiedzi „tak”, „nie” oraz „nie jest wymagane”. Po zebraniu wszystkich danych dokonuje się obliczeń, z wykorzystaniem odpowiednich arkuszy, przy czym dla każdego arkusza osobno oraz łącznie dla wszystkich składników poddawanych ocenie. W tym celu niezbędne jest wykonanie prostych działań matematycznych. Wyniki pozwalają wskazać poziom świadczonych usług, przy czym jeśli uzyskana w wyniku pomiaru liczba jest:

- większa od liczby pielęgnacji oczekiwanej oznacza to, iż opieka jest realizowana na wyższym poziomie niż zachodzi potrzeba, pielęgniarki wyręczają pacjenta w czynnościach, które powinien wykonywać sam dla przywrócenia lub zachowania zdrowia,
- równa liczbie pielęgnacji oczekiwanej oznacza to, że opieka jest zgodna z obowiązującymi standardami,
- mniejsza od liczby pielęgnacji oczekiwanej, to wskazuje na to, że opieka świadczona jest na zbyt niskim poziomie, który nie jest wystarczający.

Ocenę poziomu jakości opieki można także wyrazić za pomocą współczynnika pielęgnowania, wyrażanego w procentach, sumując wcześniej wszystkie odpowiedzi pozytywne i odnosząc tę wartość do wartości maksymalnej, jaka powinna być osiągnięta. W przypadku stwierdzenia niskiego poziomu opieki pielęgniarskiej należy ustalić, które jej obszary należy poprawić oraz opracować plan działania. Wprowadzone zmiany powinny być również poddane ponownej ocenie.

Zaproponowana przez H. Lenartowicz metoda oceny jest wykorzystywana przez pielęgniarki w stacjonarnej opiece medycznej o różnych specjalnościach. Za jej pomocą można w sposób wymierny przedstawić poziom opieki oczekiwanej, realizowanej oraz ustalić poziom niedoboru opieki pielęgniarskiej w poszczególnych oddziałach podmiotów leczniczych.

Metoda BOHIPSZO nie należy jednak do metod idealnych, posiada wady, które zostały przedstawione przez autorki w tabeli 4, w dalszej części opracowania. Pomimo tego jest upowszechniona w środowisku pielęgniarskim, wykorzystuje się ją zarówno w pomiarach jakości opieki pielęgniarskiej realizowanych w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej, jak również w oddziałach zabiegowych i leczenia zachowawczego.

Metoda Servqual

Kolejną, bardzo popularną w sferze pomiaru jakości usług, a przy tym wykorzystywaną przez liczne organizacje o różnej specyfice, w tym także w ochronie zdrowia, jest metoda Servqual, opracowana przez A. Parasurmana, V.A. Zeithaml i L. Berry'ego w latach 1983–1985 [Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985, s. 41–50]. Bogata literatura przedmiotu dostarcza dowodów jej skutecznego zastosowania w obszarze opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarskiej [Scardinia, 1994 s. 38–46; Chou i inni 2005, s. 75–84; Mohammadnia i inni 2010; Sobkowski, Głowacka 2005, s.163–137]. Metoda polega na pomiarze różnic (luk) pomiędzy poziomem zaspokojenia oczekiwań a poziomem postrzegania usług przez klienta [Chmielewski 2008, s. 80]. Autorzy metody uważają, że usługa jest postrzegana indywidualnie, subiektywnie. Zdefiniowali 5 luk dotyczących jakości usług, które powodują niezadowolenie klienta i skutkują niską oceną jakości [Dziadkowiec 2006, s. 26]:

- luka 1 – określana jest jako różnica pomiędzy oczekiwaniami pacjenta a postrzeganiem tych oczekiwań przez kierownictwo placówki medycznej; wpływ na wielkość tej luki mają badania marketingowe, skuteczność komunikacji,
- luka 2 – stanowi różnicę pomiędzy postrzeganiem oczekiwań pacjentów przez kadrę zarządzającą i specyfikacją jakości usług; zatem lukę tę może pogłębiać brak pełnego zaangażowania kierownictwa w pracy nad problemami jakości,
- luka 3 – mówi o różnicy pomiędzy specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi; luka ta wiąże się z niezdolnością do świadczenia usługi przez pracowników na odpowiednim poziomie,
- luka 4 – określa różnicę między jakością świadczenia usługi a informacjami, które uzyskuje pacjent na jej temat; komunikacja oraz tendencje do wyrażania obietnic wpływa w sposób znaczący na poziom świadczonych usług,

- luka 5 – to miara różnicy pomiędzy poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez pacjenta; różnica w wielkości pomiędzy wartością postrzeganą a oczekiwaną wskazuje obszary wymagające wprowadzenia działań doskonalących.

W celu dokonania oceny poziomów jakości usług analizie poddawane są następujące wymiary [Maciąg, Sakowska 2006, s. 55–57]:

- wymiar materialny – rozumiany jako wygląd zewnętrzny i wewnętrzny zakładu opieki zdrowotnej, wyposażenie, kadra pracowników,
- niezawodność – jako zdolność do solidnego, prawidłowego realizowania usługi,
- reakcja na oczekiwania pacjenta – chęć udzielania pomocy pacjentom, szybkość działań i reagowania na wymogi stawiane przez pacjentów,
- fachowość i kompetencja – wiedza i kwalifikacje, uprzejmość, zdolność tworzenia atmosfery zaufania i pewności,
- empatia – utożsamianie się z potrzebami pacjentów, dobra komunikacja.

Dla wyrażenia opinii klienta/pacjenta, konstruowany jest odpowiedni kwestionariusz składający się z 22 stwierdzeń (por. tabela 2) podzielonych na pięć omówionych powyżej wymiarów. Należy pamiętać, by określenie „organizacja” zastąpić właściwym dla danego obszaru sformułowaniem, np. „szpital”, „przychodnia”, „oddział”, „pogotowie ratunkowe”, itp.

Tab. 2. Arkusz oceny w metodzie Servqual

L.p.	Stwierdzenie	E 1-7	P 1-7
1	Organizacja ma nowoczesne i wygodne wyposażenie oraz sprzęt (meble, urządzenia specjalistyczne, sprzęt, pomieszczenia, toalety).		
2	Organizacja jest urządzona estetycznie i ma przyjemny wygląd.		
3	Pracownicy organizacji są zadbani i ubrani estetycznie.		
4	W organizacji wszystkie dostępne materiały informacyjne – broszury, ulotki mają przyjemny i atrakcyjny wygląd.		
5	Organizacja dotrzymuje składanych obietnic.		
6	Jeżeli klient ma kłopoty, problemy, pytania, to w organizacji spotyka się z poważnym podejściem w celu ich rozwiązania.		
7	W organizacji każda usługa jest wykonana z należytą starannością.		
8	Organizacja realizuje swoje usługi w zadeklarowanym terminie/czasie.		
9	Organizacja dokłada wszelkich starań do należytego i prawidłowego prowadzenia dokumentacji.		
10	Pracownicy organizacji informują dokładnie klienta o czasie, w którym usługa będzie wykonana.		

11	Pracownicy organizacji dokładają starań, by świadczyć usługi sprawnie i terminowo.		
12	Pracownicy organizacji zawsze z chęcią pomagają klientom.		
13	Zachowanie pracowników kawiarni wzbudza zaufanie wśród klientów.		
14	Zachowanie pracowników organizacji wzbudza zaufanie wśród klientów.		
15	Kontakt z pracownikami organizacji wzbudza poczucie bezpieczeństwa w czasie realizacji usługi wśród klientów.		
16	Pracownicy organizacji są niezmiennie uprzejmi w stosunku do klientów.		
17	Pracownicy organizacji są zawsze kompetentni i mają odpowiednią wiedzę, aby odpowiedzieć na pytania klientów.		
18	W organizacji klienci traktowani są w zindywidualizowany sposób.		
19	Organizacja ma wygodne dla klientów godziny otwarcia i przyjęcia.		
20	Pracownicy organizacji mają osobisty stosunek do klientów, troszcząc się o nich.		
21	Pracownicy organizacji mają głęboko na sercu korzyści swoich klientów.		
22	Pracownicy organizacji rozumieją indywidualne, specyficzne potrzeby swoich klientów.		

Źródło: [Karaszewski 2005, s. 274–275]

Do określenia opinii służy powszechnie stosowana skala Likerta (1–7). Na podstawie punktacji przydzielonej przez badanych, do których należą przedstawiciele klientów, kadry zarządzającej, pracowników placówki, oblicza się wielkość poszczególnych luk. Za pomocą Servqual usługodawcy mogą przewidzieć oczekiwania klientów oraz identyfikować poziom oceny swoich usług przez usługobiorców. Servqual kładzie nacisk na konieczność stosowania ciągłego procesu doskonalenia, włączania w ten proces całej organizacji, wszystkich jej pracowników oraz budowania otwartego i sprawnego systemu komunikacji.

Metoda Kryterialnego Wzorca Jakości

Metodą, która może być także wykorzystywana do oceny jakości usług zdrowotnych ze względu na swoją założoną uniwersalność jest tzw. Kryterialny Wzorzec Jakości (KWJ). Został on opisany i wprowadzony do praktyki przez Romualda Kolmana i opisany w szeregu jego prac [np. Kolman, Tkaczyk 1996 s. 31–35], między innymi także do oceny jakości usług. Według autora, wzorzec ów, nazywany również kwantyfikacyjnym, jest upo-

rządkowanym według potrzeb merytorycznych zapisem zbioru kryteriów jakości (czynn timer mierzalnych lub niemierzalnych) dla obiektu lub procesu zawierającym ich charakterystyki oraz stany pożądane [Kolman 2009, s. 246]. Z tego powodu jest bardzo dobrą metodą do pomiaru jakości szeregu obiektów – produktów (w tym usług), procesów, operacji, a nawet całej organizacji. Podobnie jak w przypadku metody BOHIPSZO, spotykamy tu opis i kategoryzację stanów, od najbardziej do najmniej pożądanego oraz przypisaną im wartość liczbową. Każde kryterium, w zależności od jego charakteru, może uzyskać ocenę (q_i) w przedziale: 0.9–0.7–0.5–0.3–0.1, a w przypadku rozstrzygnięć alternatywnych: 0.8 (dla „tak”) lub 0.0 (dla „nie”). Kolman proponuje, by dobór kryteriów jakości podlegających ocenie był w pełni uzależniony od potrzeb i specyfiki danej organizacji. Jednak przy nadawaniu im ważności (k_i) sugeruje, aby odnieść każde z kryteriów do opracowanego przez siebie uniwersalnego zestawu, jaki został zaprezentowany w tabeli 3. Metoda prowadzi do określenia całkowitego poziomu jakości, w skali 0–1, który oblicza się na podstawie wzoru: $Q_i = \sum k_i q_i / \sum k_i$, a następnie do zidentyfikowania charakteru tego stanu, klasy jakości, według tzw. jednościowej skali stanów względnych.

Metoda, dzięki swojej kompleksowości, uniwersalności, daje się łatwo zastosować w obszarze usług medycznych, w tym pielęgniarstwie, powalając tym samym w sposób przejrzysty, jednoznaczny na zaprojektowanie wzorca takiej usługi. Osoba pragnąca wykorzystać metodę do badania jakości takiej usługi musi zebrać jednak kompletną informację o przedmiocie analizy, musi być także świadoma granic akceptowalności poszczególnych składowych usług i poziomów, będących wyznacznikiem jej pożądanej jakości.

Tab. 3. Zestaw uniwersalnych kryteriów jakości w metodzie Kolmana

L.p.	Nazwa	Sym-bol	O czym kryterium informuje
1.	Bezpieczeństwo	B	O zabezpieczeniu lub zagrożeniu zdrowia i życia
2.	Korzyść	L	O osiągniętych korzyściach lub efektach
3.	Koszt	K	O ponoszonych kosztach
4.	Niezawodność	N	O niezawodności, awaryjności, niesprawności działania
5.	Nowość	C	O nowości, nowoczesności, modzie lub czynniku czasu
6.	Skuteczność	S	O właściwym spełnianiu przewidywanych zadań
7.	Trafność	T	O przeznaczeniu lub zgodności z przeznaczeniem
8.	Używalność	U	O trwałości, przebiegu lub czasokresie użytkowania

9.	Wadliwość	W	O wadach, usterkach lub staranności
10.	Wygląd	P	O harmonii kształtu, kolorystyce, wrażeniach estetycznych

Źródło: [Wiśniewska, Malinowska 2011, s. 288–294]

Analiza porównawcza metod

Opisane metody mają wiele cech wspólnych, a wśród nich cech pozytywnych, zachęcających do ich zastosowania. Zaobserwowane różnice wynikają głównie z zakresu aplikacyjnego, zaś ewentualne wady z trudności, jakie mogą się pojawić u osób, które przy braku doświadczenia w ich stosowaniu mogą je uznać za żmudne i wymagające nakładu pracy. Syntetyczne zestawienie wspomnianych metod wraz z cechami, jakie decydują o ich ewentualnym zainteresowaniu przez badacza w obszarze oceny jakości usługi pielęgniarstwa, zaprezentowano w tabeli 4.

Tab. 4. Analiza porównawcza metod BOHIPSZO, Servqual i KWJ

Metoda	BOHIPSZO	SERVQUAL	KWJ
Cel	Pomiar i ocena jakości opieki pielęgniarstwa;	Dogłębne zbadanie satysfakcji pacjentów z oferowanych im usług prezentując jakość świadczeń medycznych z perspektywy klienta zewnętrznego (pacjenta) oraz klienta wewnętrznego (pracownika);	Pomiar o ocena poziomu jakości (organizacji jako całości, procesów, czynności, produktu, w tym oferowanej usługi);
Zakres stosowania	Opieka pielęgniarstwa;	Usługi jako takie;	Różne obiekty, w tym proces usług, w tym usług medycznych, w tym pielęgniarstwa;
Zasięg stosowania	Metoda znana głównie w Polsce;	Metoda znana i uznana w świecie;	Metoda znana i uznana głównie w Polsce;

Kryteria oceny	Narzucone;	Narzucone z możliwością uzupełnienia;	Elastyczne, zależne od specyfiki badanego obszaru, od potrzeb i złożoności ewentualnej oceny, od inwencji badacza, od potrzeb klientów;
Liczba kryteriów oceny	8;	22, z możliwością uzupełnienia;	j/w;
Parametryzacja kryteriów	Tak;	Tak;	Tak;
Pomoc eksperta	Konieczność korzystania z usług eksperta pracującego co najmniej w innym oddziale szpitalnym;	Nie;	Nie;
Wady	Konieczność modyfikacji kryteriów zawartych w kwestionariuszach/arkuszach;	Obawa, że poszczególne twierdzenia zawarte w kwestionariuszu mogą być różnie rozumiane przez respondentów; Potrzeba opracowania pytań pod kątem własnych zastosowań – ryzyko, że zostanie to źle przeprowadzone;	Wolność przy doborze kryteriów może spowodować pominięcie kryterium ważnego w ocenie;
	Nie do końca uściślone kryteria mające wpływ na kompleksowość metody, tzn. subiektywne pytania zadawane podczas prowadzenia wywiadu z pacjentami;	Metoda subiektywna, a skala Likerta niezbyt doskonała;	Metoda subiektywna – ocena zależy od charakteru kryteriów od tego, czy zostały dobrane właściwie;

	Nie ma konieczności zastosowania ankiety, gwarantującej powtarzalność dokonywanej oceny;		
	Nie pozwala w pełni ocenić funkcjonowania całego zakładu opieki zdrowotnej – nie zostały uwzględnione żadne obszary dotyczące procesów zarządczych czy pomocniczych mających istotne znaczenie dla zapewnienia profesjonalnej i bezpiecznej opieki nad pacjentem – metoda o wąskim wymiarze;		
		Obliczenia są stosunkowo pracochłonne;	Obliczenia są stosunkowo pracochłonne;
Zalety	Metoda uwzględnia „głos klienta/pacjenta” w procesie oceny;	Metoda uwzględnia „głos klienta/pacjenta” w procesie oceny;	Metoda jest potencjalnie otwarta na uwzględnienie „głosu klienta/pacjenta” w procesie oceny;
	Metoda prosta;	Metoda jest stosunkowo prosta;	Metoda jest stosunkowo prosta i może być zastosowana bez pomocy ekspertów zewnętrznych;

Zalety	Przy niewielkiej modyfikacji kwestionariuszy, arkuszy oceny poszczególnych standardów można wykorzystać tę metodę w każdej jednostce ochrony zdrowia, o różnej specyfice;	Metoda uniwersalna w obszarze usług	Metoda uniwersalna w każdym obszarze pomiaru jakości
		Metoda wielowymiarowa;	Metoda może być wielowymiarowa, jak i skupiać się na większym obszarze oceny, w zależności od potrzeb;
	Metoda ma charakter wymierny, liczbowy;	Metoda ma charakter wymierny, liczbowy;	Metoda ma charakter wymierny, liczbowy;
	Pozwala wykazać rzeczywisty poziom świadczonej opieki, poprzez wartość opieki oczekiwanej i wartość niedoboru opieki;	Pozwala wskazać na poziom jakości usługi i na luki w jej spełnieniu; Wskazuje na obszary wymagające poprawy;	Pozwala wskazać na poziom jakości usługi i na luki w jej spełnieniu; Wskazuje na obszary wymagające poprawy;
		Metoda ma charakter powtarzalny;	Metoda ma charakter powtarzalny;
		Możliwość zastosowania zarówno w celach diagnostycznych jak i porównawczych;	Możliwość zastosowania zarówno w celach diagnostycznych jak i porównawczych;
		Metoda może być zintegrowana z innymi metodami zarządzania jakością, np. QFD, Kano;	Metoda może być zintegrowana z innymi metodami pomiaru, np. z Servqual, BO-HIPSO, a także z innymi metodami zarządzania jakością, np. QFD, Kano;

Wnioski i kierunki zmian

Mając powyższe na uwadze, zdaniem autorek, wypada zachęcić badacza zainteresowanego pomiarem jakości usług pielęgniarских przede wszystkim do gruntownego przeglądu już istniejących metod, celem wyszukania takiej z nich, która przynieść może najwięcej pożytku podczas prowadzonej oceny. Opisane w pracy instrumenty nie wyczerpują przy tym bogactwa metod, jakie wypracowane zostały w obszarze zarządzania jakością. Porównując jednak te, które były przedmiotem pracy, wydaje się, iż najbardziej uniwersalną, elastyczną, a tym samym wielowymiarową jest Kryterialny Wzorzec Jakości. Za jego zastosowaniem przemawia fakt, iż komponując docelowy wzorzec jakości usługi pielęgniarской, przy budowie poszczególnych kryteriów oceny można oprzeć się na najlepszych, wypracowanych już wzorcach w tym obszarze. Mogą one stanowić punkt wyjścia do dyskusji nad właściwą, końcową liczbą wymaganych kryteriów oraz nad ich charakterem. Należy przy tym uwzględnić, iż jakość usługi pielęgniarской to nie tylko sam akt pielęgnacyjny. To, jak wskazuje metoda BOHIPSZO, także organizowanie opieki pielęgniarской, co z kolei ma związek ze sferą zarządczą, z kierowaniem szpitalem i z nadzorowaniem prowadzonych działań. Zdaniem autorek, dobrym szkieletem dla budowy kryteriów usługi pielęgniarской, dającym szansę na uwzględnienie we wzorcu jej oceny wszystkich aspektów związanych z zarządzaniem jakością, są wymagania normy ISO 9001, odwołujące się do podejścia procesowego, do dokumentacji, do właściwego zarządzania personelem, infrastruktury medycznej, wreszcie do procesu świadczenia usługi, w tym wypadku pielęgnacyjnej, do potrzeby pomiaru usługi, jej analizy i doskonalenia. Wymagania te, traktowane jako meta-kryteria, mogą być bazą dla tworzenia swoistej, specyficznej, powtarzalnej listy kontrolnej, z przypisanymi podkryteriami, ważnością, z charakterystykami tych stanów i odpowiadającą im punktacją. Ta z kolei daje możliwość obliczenia zarówno całkowitego poziomu jakości usługi pielęgniarской, jak i jej poszczególnych składowych, wskazując jednoznacznie, które z nich w największym stopniu wpływają na obniżenie tego poziomu. Autorki pragną na zakończenie zaznaczyć, iż docelowy wzorzec jakości usługi pielęgniarской, powstały w oparciu o istniejące, dobre praktyki w tym zakresie, stanie się wkrótce przedmiotem odrębnej publikacji. Wypada żywić nadzieję, że jego zastosowanie w praktyce stanie się użytecznym instrumentem pomiaru i oceny, a następnie trwałego doskonalenia i rozwoju usługi pielęgniarской, przekładającej się na poczucie bezpieczeństwa danego pacjenta.

Bibliografia

- Chmielewski D. (2008), *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Zarządzanie Jakością” nr 4, s. 80.
- Chou S.M., Chen T.F., Woodard B., Yen M.F. (2005), *Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan*, „Journal of Nursing Care Quality”, vol.13, no2, pp. 75–84.
- Dziadkowiec J. (2006), *Metoda Servqual*, [w:] „Zeszyty Naukowe”, nr 717, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, s. 26.
- Kolman R., Tkaczyk T. (1996), *Jakość usług. Poradnik* Zeszyt 26/96, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz, s. 31–35.
- Kolman R. (2009), *Kwalitologia. Wiedza o różnych dziedzinach jakości*, Placet, Warszawa.
- Karaszewski R. (2005), *Zarządzanie jakością. Koncepty, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu*, Dom Organizatora, Toruń.
- Książek J., Ketzner B. (2005), *Kwestionariusz oceny dokumentacji pielęgniarskiej*, „Ann. Acad. Med. Gedan.”, tom 35, s. 73–83.
- Ksykiewicz-Dorota A. (2001), *Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarym*, Czelej, Lublin.
- Lenartowicz H. (1998), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, CEM, Warszawa.
- Maciąg A., Sakowska I. (2006), *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW”, nr 1, s. 55–57.
- Mohammadnia M., Delgoshaei, Tofighi Sh., Riahi L., Omrani A., (2010), *Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals*, na podst.: <http://journals.tums.ac.ir/>.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Cedetu, Warszawa.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L., (1985), *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, „The Journal of Marketing”, vol. 49, no. 4, pp. 41–50.
- Scardina S.A (1994), *SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care*, „Journal of Nursing Care Quality”, vol. 8, o 2 pp. 38–46.
- Sobkowski M., Głowacka M.D, (2005), *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny jakości usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie” nr 74, tom 2, s. 163–167.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 1 czerwca 2011r., nr 112, poz. 654).
- Wiśniewska M., Malinowska E. (2011), *Zarządzanie jakością żywności*, Difin, Warszawa.

Kamila Skrzypczyńska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala

Streszczenie: Szpital jest jedną z najważniejszych i najbardziej skomplikowanych organizacją świadczących usługi medyczne w polskim systemie opieki zdrowotnej. Rosnący poziom współzawodnictwa w dążeniu do uzyskania jak największej liczby kontraktów powoduje, że szpitale sięgają po profesjonalne metody i narzędzia zarządzania. W ostatniej dekadzie najbardziej popularne stały się narzędzia i metody związane z zarządzaniem jakością. Szpitale często decydują się na systemowe rozwiązania projakościowe, licząc, iż zabieg ten wpłynie na poprawę funkcjonowania placówki i przyniesie jej wymierne korzyści. Często jednak pomimo oficjalnie wygłaszanych deklaracji kadry kierowniczej dotyczącej priorytetowego traktowania jakości, pacjenci i pracownicy nie zauważają ani zmian, ani realnej poprawy. Celem artykułu jest określenie wpływu systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitali w oparciu o wyniki ogólnopolskiego badania kadry kierowniczej polskich szpitali.

Quality management in Polish hospitals – the influence of quality management systems on the functioning of a hospital

Abstract: A hospital is one of the most important and most complex organizations providing medical service in Polish health-care system. A rising level of competitiveness aiming at gaining the greatest number of contracts, makes hospitals search for professional methods and management tools. During the last decade the tools and methods concerning quality management became the most popular. Hospitals often choose quality system solutions, believing that it would improve the functioning of a facility and bring measurable benefits. However, despite official declarations of the management which prioritize quality, patients and workers do not notice any changes or improvement. In the article, the author uses the findings of the all-Polish survey involving the management of Polish hospitals. The basic aim of the paper is presentation the opinions on the way quality management influences the functioning of hospitals.

Jakość usług medycznych

Szpital jest z pewnością jednym z najważniejszych podmiotów świadczących usługi medyczne w polskim systemie opieki zdrowotnej. Opieka stacjonarna jest stosowana, gdy stan zdrowia pacjenta wymaga przeprowadzenia specjalistycznych badań diagnostycznych lub fachowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa połączonej z permanentną całodobową obserwacją chorego [por. Gomulka, Rewerski, s. 412]. Szpitale realizują najszerzy wachlarz usług wśród wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, są najbardziej skomplikowanymi placówkami pod względem organizacyjnym oraz pionierami w obszarze wdrażania nowych rozwiązań.

Analizowanie rynku szpitali w Polsce jest utrudnione ze względu na brak precyzyjnej terminologii oraz rozbieżności w klasyfikowaniu placówek stacjonarnych przez różne rejestry zajmujące się monitorowaniem danych z zakresu ochrony zdrowia. Większość definicji szpitala opiera się na ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, która nie jest wystarczająco szczegółowa [Nyczaj, www.spoleczenstwoinformacyjne.pl]. Ustawodawca oddziela jedynie szpital od zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, sanatorium i hospicjum, ponadto niechlujnie wprowadza pojęcie szpitala uniwersyteckiego i klinicznego.

Po analizie literatury z zakresu zarządzania szpitalami oraz publikacji wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny i Światową Organizację Zdrowia autorka za szpital uznaje placówkę stacjonarną zajmującą się diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, opieką i pielęgnacją pacjentów wymagających całodobowej opieki, wyposażoną w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, zatrudniającą wykwalifikowany personel medyczny, mającą charakter:

- wielospecjalistyczny,
- jednospecjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy),
- publiczny,
- niepubliczny,
- funkcjonujący w ramach Ministerstwa Zdrowia,
- funkcjonujący w ramach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- funkcjonujący w ramach Ministerstwa Obrony Narodowej,
- niezależnie od stopnia referencyjnego.

Coraz wyższy poziom współzawodnictwa w walce o kontrakty z NFZ powoduje, że szpitale sięgają po profesjonalne metody i narzędzia zarzą-

dzania. W ostatniej dekadzie najbardziej popularna stała się orientacja projakościowa. Pomimo wysokiego odsetka szpitali, które wdrożyły różnego rodzaju systemy zarządzania jakością, nadal zdecydowanie za mało jest placówek faktycznie ukierunkowanych na permanentne doskonalenie świadczeń. Szpitale często decydują się na systemowe rozwiązania projakościowe, licząc, iż zabieg ten wpłynie na poprawę funkcjonowania placówki i przyniesie jej wymierne korzyści. Często jednak pomimo oficjalnie wygłaszanych deklaracji kadry kierowniczej dotyczącej priorytetowego traktowania jakości, pacjenci i pracownicy nie zauważają ani zmian, ani realnej poprawy.

Realizowanie wysokiej jakości usług medycznych wymaga sprawnej koordynacji działań oraz umiejętności adaptacji do ciągle zmieniających się warunków. Rynek usług medycznych jest bardzo złożony, a relacja pomiędzy podmiotami nie jest klasyczną zależnością klient – usługodawca. Występowanie tak dużej liczby podmiotów – pacjenci, pracownicy służby zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz opinia publiczna, czyli potencjalni pacjenci, którzy płacą składkę ubezpieczeniową – posiadających różne a często nawet sprzeczne interesy, powoduje konieczność spojrzenia na jakość opieki zdrowotnej z różnych perspektyw [Lenartowicz 1998; Hanke 1995]:

1. Dla pacjentów ocena jakości opieki zdrowotnej będzie wypadkową pomiędzy ich osobistymi odczuciami związanym ze świadczeniem zdrowotnym a oczekiwaniami w stosunku do placówki medycznej. Dla tej grupy przy ocenie jakości najważniejsze są: wyniki leczenia i opieki, postawa lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu, poziom obsługi rozumiany jako czas poświęcony pacjentowi, szybkość reagowania personelu na prośby pacjentów oraz wszelkie usługi dodatkowe uzupełniające świadczenie medyczne, wymiar materialny szpitala.
2. Pracownicy opieki zdrowotnej mają nieco inne podejście do problematyki jakości świadczonych usług. W ich ocenie jakości najważniejsze jest realizowanie profesjonalnych standardów zgodnie z wymaganiami, a także integracja w zapewnianiu opieki pacjentom. Dla pracowników służby zdrowia najważniejsze w budowaniu wysokiej jakości świadczenia medycznego są: możliwość wdrażania bezpiecznych praktyk do systemu świadczonych usług, zagwarantowanie pacjentowi poufnego charakteru opieki, dokładność i trafność diagnozy, która jest proporcjonalna do poziomu kwalifikacji i kompetencji personelu oraz jakości i dostępności aparatury i sprzętu medycznego, skuteczność leczenia, która zależy od zastosowanych procedur medycznych oraz indywidualnych cech pa-

cjenta, dostępność i jakość usług wspierających, świadomość i wiedza pacjentów z zakresu nauk medycznych, zatrudnianie przez placówkę odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu medycznego.

3. Z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia w ocenie jakości opieki zdrowotnej ważne są zarówno argumenty pacjentów, jak i pracowników, jednak ze względu na konieczność dysponowania ograniczonym budżetem najważniejsze winno być powiązanie jakości opieki z efektywnością ekonomiczną placówki.
4. Społeczeństwo – potencjalni pacjenci to grupa, której ocena jakości opieki jest kompilacją własnych oczekiwań w stosunku placówek medycznych oraz strumienia informacji płynących z masmediów.

Różnorodność podejść do jakości usług medycznych realizowanych przez szpitale prezentowana w literaturze przedmiotu, w pewien sposób obrazuje złożoność problemu. Jakości usługi medycznej nie należy nigdy traktować jako pojęcia zamkniętego. Bardzo trafne jest ujęcie jakości R.J. Maxwella, który wyróżnił jej sześć podstawowych wymiarów [Maxwell 1984, s. 1470–1472]:

1. Dostępność świadczeń zdrowotnych.
2. Dostosowanie opieki medycznej do potrzeb pacjenta.
3. Skuteczność leczenia.
4. Ciągłość opieki zdrowotnej.
5. Zadowolenie z opieki.
6. Wydajność, którą w opiece zdrowotnej należy traktować jako liczbę wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach personalnych, materialnych i finansowych.

Klasyczne wymiary jakości usług sformułowane przez Maxwella można rozszerzyć o kolejne dwa istotne aspekty [Włodarczyk 1996, s. 306–312, Szczerbińska 2001, s. 148–150]:

7. Bezpieczeństwo procedur.
8. Kompetencje personelu, które w przypadku usług o charakterze medycznym mają szczególny charakter.

Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – w oparciu o sformalizowany system zarządzania jakością oparty na normie ISO 9000

Każda placówka, której filozofia działania opiera się na dążeniu do poprawy jakości świadczonych usług, powinna być świadoma znaczenia procesu oceny oraz zdolna do poddania się weryfikacji. Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy ustaliło trzy zasadnicze ele-

menty, których precyzyjna analiza umożliwia dokonanie właściwej oceny jakości usługi medycznej; są nimi: wyniki opieki medycznej w porównaniu z wcześniej ustalonymi celami, wszystkie czynności przyczyniające się w sposób pośredni lub bezpośredni do osiągnięcia celów oraz struktura i poziom zużytych zasobów. Ocena jakości świadczenia zdrowotnego sprowadza się do monitorowania wszystkich czynności personelu medycznego i niemedycznego, składających się na świadczenie. Proces oceny jakości usługi medycznej powinien zatem odnosić się zarówno do poziomu realizacji zamierzonych celów, jak również sposobu ich realizacji [Hupert 2003, s. 10]. Placówki szpitalne, które chcą doskonalić jakość świadczeń, mogą wykorzystywać liczne metody i narzędzia wypracowane w ramach zarządzania jakością. Szpitale mogą wykorzystywać systemy akredytacyjne, systemy zarządzania jakością oparte na normach ISO, systemy branżowe, zasady filozofii zarządzania przez jakość i wiele innych ciekawych rozwiązań umożliwiających poprawę ich funkcjonowania na rynku usług medycznych.

Zwolennicy wdrażania normatywnych systemów niejednokrotnie zapewniają o szeregu korzyści płynących z implementacji rekomendowanych rozwiązań projakościowych, do których należą [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2009, s. 122–123; Sokołowicz, Srzednicki 2006, s. 64]:

- ogólna poprawa świadczonych usług medycznych,
- redukcja kosztów działalności wynikających ze złej jakości (koszty sądowe wynikające ze skarg, lepsze gospodarowanie materiałami, mniej zakażeń wewnątrzszpitalnych),
- zmiana podejścia do jakości w zakładzie opieki zdrowotnej,
- poprawa bezpieczeństwa pacjenta,
- opracowanie czytelnej struktury organizacyjnej definiującej zakres odpowiedzialności poszczególnych pracowników,
- uporządkowanie całego obszaru zarządzania, wyznaczenie granic zadań kompetencji i uprawnień lekarzy i pielęgniarek,
- lepsza koordynacja współpracy pomiędzy poszczególnymi oddziałami szpitala, poradniami, przychodniami oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi,
- zaangażowanie wszystkich pracowników w doskonalenie usług,
- wzrost świadomości pracowników w zakresie znaczenia doskonalenia,
- znajomość misji i celów szpitala oraz wzrost identyfikacji pracowników z celami organizacji,
- aktywizacja pracowników w zakresie podnoszenia własnych kwalifikacji oraz większe zainteresowanie szpitala inwestowaniem w kadry.

- pokazanie istniejącym i potencjalnym pacjentom zainteresowania problematyką jakości,
- potwierdzenie solidności świadczeń realizowanych przez szpital,
- uzyskanie przewagi nad konkurencją,
- wzmacnianie lojalności pacjentów i pracowników poprzez poprawę relacji z nimi,
- wzrost wiarygodności świadczeniodawcy w oczach instytucji finansującej.

Optymistyczna wizja związana z wdrażanymi systemami wymaga bardzo wysokiego poziomu kompetencji zarządczych kadry kierowniczej oraz pełnego zaangażowania całego personelu. Istnieją organizacje, które potrafią sprostać wysokim wymaganiom, zbudować efektywny system zarządzania jakością i faktycznie doskonalić swoją pracę. Jednakże w przypadku szpitali w trakcie wprowadzania systemu zarządzania jakością mogą pojawić się liczne bariery uniemożliwiające osiągnięcie realnych korzyści związanych z poprawą jakości świadczonych usług, takie jak: problemy z interpretacją wymagań i wytycznych normy, niewłaściwe założenia systemu zarządzania jakością, brak wymierności celów jakościowych, niewłaściwy sposób monitorowania procesów, brak realnego zaangażowania kadry kierowniczej w doskonalenie jakości usług przekładające się na resztę pracowników, ograniczone zasoby materialne – brak odpowiedniego sprzętu, zadłużenie szpitali, realizacja usług niespełniających oczekiwań pacjentów, brak odpowiednich standardów, a także problemy wynikające z niewłaściwego projektowania i monitorowania procesów doskonalenia. Pojawiające się bariery mogą odebrać placówce szanse na osiągnięcie realnych korzyści, jednak ich znajomość pozwala przygotować się szpitalowi na pułapki związane z próbą implementacji projakościowych rozwiązań.

Uniwersalny charakter normy ISO nie bierze pod uwagę specyfiki branżowej, pojawiają się więc głosy krytyki wobec ich zbyt ogólnego charakteru. Głównym zarzutem jest fakt, że pomimo iż normy funkcjonują prawie we wszystkich branżach, nie są w stanie precyzyjnie realizować wymagań żadnej ze specyficznych gałęzi gospodarki [Bandyopadhyay 2005, s. 297], do których należy zaliczyć świadczenia medyczne. Innym zarzutem jest wysoki koszt procesu zmierzającego do uzyskania certyfikatu. Większość kosztów związana jest z usługami konsultantów oraz jednostek certyfikujących. Część specjalistów uważa, że koszty finansowe oraz wysoka praco-chłonność systemu niwelują korzyści płynące z jego wdrożenia. Może się okazać, że w przypadku niektórych organizacji o ograniczonym budżecie i zasobach personalnych certyfikacja stanie się celem samym w sobie [Hermaniuk, Sikora 2010, s. 10].

Wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitali – na podstawie wyników ogólnopolskiego badania kadry kierowniczej polskich szpitali

Zarządzanie przez jakość wymaga czynnego udziału wszystkich pracowników w procesach usprawniania. Warunkiem, jaki musi być spełniony, jest powszechna świadomość znaczenia konieczności permanentnego doskonalenia jakości oraz pełne zaangażowanie w procesy doskonalenia.

Na podstawie wyników badań¹ można stwierdzić, że w opinii kadry kierowniczej za poprawę świadczonych usług w największym stopniu odpowiada pełnomocnik do spraw jakości, na kolejnych miejscach uplasowały się odpowiedzi „wszyscy zatrudnieni” oraz „dyrekcja szpitala”. Pytanie miało charakter koniunktywny, co oznacza, że respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Szczegółowa analiza danych pozwala stwierdzić, że w 95% placówek dyrektorzy wskazali, że za jakość odpowiadają pełnomocnicy lub oni sami, albo wybrali obie te odpowiedzi. Wynik taki jest z jednej strony wyrazem świadomości dyrekcji, która zdaje sobie sprawę z roli, jaką kadra kierownicza pełni w zarządzaniu jakością. Jednak z drugiej strony tylko 57% dyrektorów uważa, że za jakość odpowiadają wszyscy zatrudnieni.

Wyk. 1. Odpowiedzialność personalna za poprawę świadczonych usług
– na podstawie opinii kadry kierowniczej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

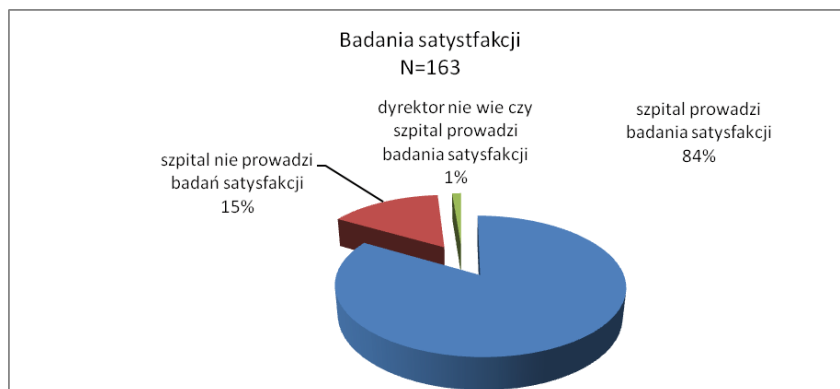
*W pytaniu można było wskazać więcej niż jedną odpowiedź

¹ W ogólnopolskim badaniu kadry kierowniczej szpitali w zakresie zarządzania jakością wzięło udział 163 dyrektorów placówek szpitalnych. Oznacza to, że badanie objęło ponad 20% populacji szpitali w Polsce. Dyrektorzy, którzy zdecydowali się na udział w badaniu, zarządzają placówkami będącymi w posiadaniu 23% wszystkich stacjonarnych miejsc leczenia szpitalnego w Polsce. Badana grupa dysponuje 44 781 łóżkami szpitalnymi, a przeciętnie placówka posiada ich blisko 300.

Szczegółowa analiza danych pozwala stwierdzić, że pomiędzy placówkami występują istotne różnice. W szpitalach publicznych odpowiedzialność za poprawę jakości jest w największym stopniu przypisywana pełnomocnikowi do spraw jakości, natomiast w placówkach niepublicznych wszystkim zatrudnionym. Rozpatrując placówki ze względu na poziom referencyjny, można zauważyć, że w szpitalach gminnych i powiatowych największy odsetek – 67% dyrekcji uznało, że za jakość odpowiada cały zespół, w przeciwieństwie do placówek wojewódzkich, w których 70% respondentów odpowiedzialność przypisuje pełnomocnikowi, a tylko 45% zespołowi. Największe zróżnicowanie odpowiedzi wystąpiło ze względu na fakt wdrożenia normy ISO. Niepokojącym jednak wydaje się fakt, że w placówkach, które wprowadziły zasady zarządzania jakością, odpowiedzialnością za poprawę świadczonych usług w większym stopniu obarcza się pełnomocnika do spraw jakości niż cały zespół.

Na podstawie wywiadów i rozmów prowadzonych z pracownikami szpitali można stwierdzić, że największymi problemami w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej wpływającymi na niewłaściwą postawę wobec procesów doskonalenia są: brak odpowiedniej komunikacji celów i misji, bagatelizowanie ze strony kadry kierowniczej niskiej świadomości w zakresie znaczenia jakości wśród pracowników, a także nadmiar obowiązków i brak poczucia bezpieczeństwa związany z redukcją zatrudnienia oraz niewłaściwa organizacja pracy. Wszystkie te problemy świadczą o występowaniu poważnych barier uniemożliwiających efektywne zarządzanie jakością w placówkach szpitalnych, które bezpośrednio wpływają na zaangażowanie w procesy doskonalenia jakości.

By móc realizować usługi na najwyższym poziomie, wszyscy pracownicy szpitala niezależnie od pełnionej funkcji, a więc lekarze, pielęgniarki, personel techniczny i administracyjny, powinni znać oczekiwania pacjentów. Opinie pacjentów należy badać regularnie, a następnie analizować pod kątem identyfikacji obszarów wymagających doskonalenia. Rzetelne pomiary umożliwiają zdefiniowanie słabych i mocnych stron szpitala oraz realną poprawę jakości usług. Wszyscy zatrudnieni powinni być informowani o wynikach pomiaru oraz aktywnie włączani w tworzenie nowych standardów konkretnych usług zgodnie z oczekiwaniami pacjentów. Z ogólnopolskiego badania wynika, że 84% szpitali prowadzi badania satysfakcji, a 15 % nie realizuje takich badań, 1% dyrektorów nie wie natomiast, czy w jego szpitalu są prowadzone pomiary zadowolenia klientów.

Wyk. 2. Realizowanie regularnych badań satysfakcji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

Analizując dane szczegółowe, można zauważyć, że występuje zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na formę własności oraz fakt wdrożenia systemu zarządzania jakością. Wśród szpitali niepublicznych aż 97% kadry kierowniczej potwierdziło realizowanie badań satysfakcji, w przypadku placówek publicznych było ich 81%. Zdecydowanie większe zróżnicowanie odpowiedzi wystąpiło ze względu na fakt wprowadzenia normy ISO, która służyła do monitorowania poziomu zadowolenia. Wśród placówek zarządzanych zgodnie z normą, 97% prowadzi badania satysfakcji, wśród szpitali, które nie wprowadziły projakościowych zasad zarządzania badaniem prowadzi tylko 44%.

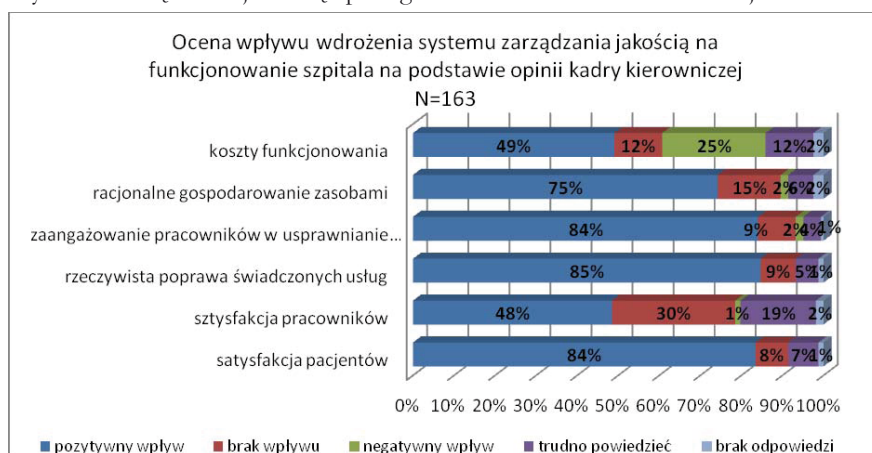
Szpital, który przyjął orientację rynkową, nie poprzestaje na dbałości pacjentów, równie ważny jest dla niego klient wewnętrzny, bowiem pomiędzy satysfakcją pacjenta i pracownika szpitala istnieje silne sprzężenie zwrotne. Każdy pracownik, występując w podwójnej roli klienta i dostawcy, robi coś co jest przydatne innemu. Monitorowanie poziomu zadowolenia wśród lekarzy, pielęgniarek, salowych, pracowników technicznych i administracyjnych, a także kooperantów jest zatem tak samo ważne jak pomiary satysfakcji pacjentów. Niestety nadal zbyt mało szpitali interesuje się poziomem zadowolenia swoich pracowników i dostawców. Z opinii kadry kierowniczej wynika, że wszystkie szpitale, które realizują badania satysfakcji, dokonują pomiarów wśród pacjentów, ale tylko 49% z nich bada zadowolenie pracowników, a jeszcze mniejsza grupa stanowiąca zaledwie 24% dyrekcji, potwierdziła monitorowanie satysfakcji wśród dostawców.

W kolejnych pytaniach poproszono dyrektorów szpitali o ocenę wpływu implementacji systemu zarządzania jakością na funkcjonowanie placówek.

Ocenę efektywności systemów zarządzania jakością rozpoczęto od weryfikacji, czy i w jaki sposób wpływają one na koszty funkcjonowania placówki oraz racjonalne gospodarowanie zasobami, następnie zapytano o wpływ na zaangażowanie pracowników, realną poprawę jakości świadczeń oraz o poziom zadowolenie klienta wewnętrznego i zewnętrznego.

Najgorzej wypadła ocena oddziaływania systemu zarządzania jakością na koszty funkcjonowania, tylko 49% dyrektorów placówek ocenia ten wpływ pozytywnie, aż co czwarty dyrektor jest przeciwnego zdania, a 12% nie widzi żadnej współzależności. Przyczyną tak słabego wyniku może być fakt, że wydatki powstające z tytułu wprowadzania systemu zarządzania jakością związane z procesem certyfikacji, modernizacji placówek oraz adaptacji do wymagań systemu często przewyższają rezultaty zarządzania jakością związane z redukcją kosztów obsługi poszczególnych procesów, zwłaszcza w krótkim okresie.

Wyk. 3. Opinia kadry kierowniczej szpitali na temat wpływu implementacji systemu zarządzania jakością opartego na normie ISO 9000 na funkcjonowanie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Na podstawie danych szczegółowych można stwierdzić, że odpowiedzi kadry kierowniczej są zasadniczo zdywersyfikowane. Kadra kierownicza szpitali niepublicznych zdecydowanie częściej niż dyrektorzy szpitali publicznych upatruje w systemach zarządzania jakością możliwości redukcji kosztów, jednak bez względu na formę własności co czwarty dyrektor uważa, że system negatywnie wpływa na koszty. Fakt wdrożenia systemu zarządzania jakością ISO w nieznacznym stopniu różnicuje odpowiedzi

kadry kierowniczej w obszarze oceny oddziaływania systemu na koszty. Aspekt ten jest postrzegany podobnie w placówkach, które mają ISO i tych bez wdrożonych norm. Oznacza to, że wyobrażenie o możliwościach minimalizowania kosztów dzięki wdrożeniu zasad systemu zarządzania jakością jest na podobnym poziomie jak ocena realnych efektów. Redukcja kosztów jest jednym z najbardziej pożądaných rezultatów wprowadzenia systemu zarządzania jakością i jak wynika z badania – najsłabiej ocenionym przez kadrę kierowniczą.

W przypadku drugiego weryfikowanego rezultatu wynikającego z implementacji systemu zarządzania jakością opartego na normie ISO, wyniki ukształtowały się lepiej. Z zebranych danych wynika, że trzy czwarte kadry kierowniczej uczestniczącej w badaniu uważa, że wprowadzenie systemu pozytywnie wpływa na racjonalne gospodarowanie zasobami, 15% nie dostrzega zależności, a 2% jest zdania, że adaptacja zasad projakościowych wpływa na efektywność gospodarowania negatywnie. Porównując dane zebrane od dyrektorów szpitali, które wdrożyły system zarządzania jakością oparty na normach ISO oraz kadry placówek, które nie wprowadziły podobnych rozwiązań, można zauważyć istotną różnicę. Co ciekawe, wpływ systemu na racjonalne gospodarowanie zasobami w większym stopniu pozytywnie oceniła kadra placówek, które nie wprowadziły normy ISO. W szpitalach tych poziom oczekiwań wobec skuteczności systemu jest wysoki, bowiem aż 85% dyrektorów uważa, że system wpływa pozytywnie na efektywność gospodarowania. W szpitalach funkcjonujących w oparciu o system zarządzania jakością tylko 70% dyrekcji potwierdziło pozytywne oddziaływanie rozwiązań ukierunkowanych projakościowo na racjonalne gospodarowanie zasobami. Oznacza to, że poziom oczekiwań wobec systemowych rozwiązań projakościowych jest wyższy niż ocena faktycznie osiągniętych rezultatów w tym zakresie.

Wśród wszystkich ocenianych efektów implementacji systemów zarządzania jakością najbardziej widoczne są: wzrost zaangażowania pracowników, realna poprawa jakości świadczeń oraz większa satysfakcja pacjentów. Około 85% respondentów wskazało pozytywny wpływ systemu zarządzania jakością na wszystkie te aspekty. Wyniki takie pozwalają przypuszczać, że zarządzanie szpitalami zgodnie z normą ISO może dawać realne korzyści, ale wymaga odpowiedniego wdrożenia i ciągłej modyfikacji procedur w celu ich pełnego dostosowania do konkretnych procesów zachodzących w placówce.

Zakończenie

Skuteczne i efektywne wykorzystywanie systemów zarządzania jakością opartych na normach ISO w polskich szpitalach wymaga przezwyciężenia wielu problemów organizacyjnych oraz zmiany mentalności pracowników i uwrażliwienia ich na konieczność permanentnego doskonalenia wszystkich procesów. Jednak jak pokazuje rzeczywistość, już dzisiaj istnieją placówki, które doskonale sprostają tym realiom i spełniają najwyższe wymagania w zakresie jakości². Szpitale te testując wiele nowych rozwiązań pro jakościowych przecierają szlaki pozostałym stacjonarnym zakładom opieki zdrowotnej, które chcą doskonalić jakość świadczonych usług.

Bibliografia

- Bandyopadhyay J.K. (2005), *A Model Framework for Developing Industry Specific Quality Standards for Effective Quality Assurance In Global Supply Chain in the New Millennium*, "International Journal of Management" nr 2, vol. 22.
- Hauke E. (1995), *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmana w Wiedniu.
- Hermaniuk T., Sikora T. (2010), *Wdrażanie systemów zarządzania jakością – korzyści i trudności*, „Problemy Jakości” nr 5.
- Hupert Z. (2003), *Jakość w opiece medycznej. Koncepcja pomiaru*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin, s. 10.
- Lenartowicz H. (1998), *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie, Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie*, Wyd. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Maxwell R.J. (1984), *Quality Assessment in Health*, "British Medical Journal" nr 288.
- Nyczaj K., *Ile mamy szpitali*, artykuł dostępny pod adresem, www.spoleczenstwo-informacyjne.pl.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2009), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych : teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu Sp. z o. o., Warszawa.
- Gumulka W.S., Rewerskiego W. (red.) (2006), *Encyklopedia Zdrowia*, t. 1, Wyd. Naukowe PWN.
- Sokolowicz W., Srzednicki A., *ISO System zarządzania jakością oraz inne systemy oparte na normach*, Wyd. CHBECK, Warszawa.

² Przykładem takiego szpitala może być Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy w, którym autorka prowadziła analizę studium przypadku.

Szczerbińska K. (2001), *Jakość opieki zdrowotnej*, [w:] pod red. A. Czupryny, S. Poździocha, A. Rysia, W.C. Włodarczyka, *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, t. 2, Wyd. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków.

Włodarczyk C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, wyd. Vesalius, Kraków.

Agata Krukowska-Miler
Politechnika Częstochowska

Stosowanie zasad marketingowych przy obsłudze pacjentów w trakcie świadczenia usług zdrowotnych

Streszczenie: W pracy przedstawiono podejście do samego procesu obsługi pacjenta/klienta podczas wizyty lekarskiej. Wskazane zostały główne elementy wpływające na satysfakcję pacjenta z samej usługi, jak: wstępne oczekiwanie, podejście personelu, jego empatia i życzliwość, wyposażenie gabinetów. Przedstawione zostały zasady marketingu partnerskiego i wewnętrznego w odniesieniu do obsługi pacjenta. Wykorzystane zostały badania przeprowadzone na początku 2012 roku w sześciu zakładach opieki zdrowotnej. Dotyczyła elementów, które mogą być oceniane przez pacjentów, czyli wyposażenia gabinetu, czasu trwania badania, zachowania personelu medycznego w trakcie trwania badania. Na zakończenie badania zadawano pytanie dotyczące tego, czy tę daną placówkę pacjent poleciłby znajomym. Ze względu na wymogi badania placówkom nadano kody.

Using marketing rules during health care services operation

Abstract: The Paper is devoted to the health care services during doctor's surgery visit. The visit was divided into following elements: expectations, personnel's attitude, empathy, kindness, equipment of surgery ect. Based upon those elements the marketing attitude was elaborated. The research was executed in January 2012. Six health care organizations were examined. The name of health care organizations were coded.

Usługi medyczne są usługami specjalistycznymi. Na początek należy wyjść od definicji usług, do których należą również usługi medyczne: definicja ta podaje, że usługa jest to każda czynność zawierająca w sobie element niematerialności, który polega na oddziaływaniu na klienta lub przedmioty bądź nieruchomości znajdujące się w jego posiadaniu, a która nie powoduje przeniesienia prawa własności. Przeniesienie prawa własności może jednak nastąpić, a świadczenie usługi może być lub też nie być ściśle związane z dobrem materialnym [Payne 1997, s. 20]. Kotler definiuje usługi w nastę-

pujący sposób: „usługa to wszelka działalność lub korzyść, którą jedna ze stron może zaoferować drugiej, z zasady niematerialna i nieprowadząca do jakiegokolwiek własności [Kotler, Armstrong, Saunders, Wong 2002, s. 41].

Mówiąc o jakiegokolwiek ofercie przedstawianej klientowi, możemy mieć do czynienia z jedną z kategorii: od czystego produktu po czystą usługę. Wyróżnia się następujące kategorie [Styś 2003, s. 34]:

1. Relatywnie czysty produkt. Oferta składa się wyłącznie z produktów materialnych, którym nie towarzyszą żadne usługi.
2. Produkt z towarzyszącymi mu usługami. Oferta składa się z namacalnego produktu, któremu towarzyszą usługi podkreślające troskę o klienta. Im produkt jest bardziej zaawansowany technologicznie, tym bardziej jego sprzedaż zależy od jakości i dostępności towarzyszących mu usług.
3. Hybryda. Oferta składa się w równej części z produktów i usług.
4. Usługa podstawowa z towarzyszącymi jej produktami i usługami o mniejszym znaczeniu.
5. Relatywnie czysta usługa. Oferta składa się przede wszystkim z usługi.

Poniżej podane są definicje usług medycznych zgodne z danymi Ministerstwa Zdrowia:

Świadczenie opieki zdrowotnej (inaczej mowa jest tutaj o usłudze medycznej lub zdrowotnej) [oficjalna strona internetowa Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl – słowniczek do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – 26.11.2008.] – rozumie się przez to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;

świadczenie gwarantowane – rozumie się przez to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

świadczenie specjalistyczne (usługa specjalistyczna) – rozumie się przez to świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

świadczenie zdrowotne rzeczowe – rozumie się przez to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze;

świadczenie towarzyszące – rozumie się przez to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodiennej oraz usługi transportu sanitarnego;

świadczenie wysokospecjalistyczne (usługa wysokospecjalistyczna) – rozumie się przez to świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:

- udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenie,
- koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

świadczenie zdrowotne – rozumie się przez to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania świadczeniodawcy; rozumie się przez to:

- Zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
- Osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit., a która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- jednostkę budżetową tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 50a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.),
- podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

procedura medyczna – rozumie się przez to postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.”

Wyróżniamy szereg usług medycznych klasyfikowanych ze względu na to, kto je wykonuje i gdzie są wykonywane, niektóre z nich to:

- usługi świadczone przez lekarzy pierwszego kontaktu,
- usługi świadczone przez lekarzy specjalistów,
- usługi świadczone przez stomatologów,
- usługi ambulatoryjne,

- usługi szpitalne,
- usługi leczenia zamkniętego i wiele innych.

W przypadku braku kontraktacji usług przez NFZ może istnieć wykaz usług medycznych właściwych dla danego zoz-u z wyszczególnieniem procedur medycznych wraz z cennikiem odpłatności za nie. Najczęściej można się z nim spotkać w gabinetach stomatologicznych, gdzie opisywany jest poszczególny zakres działania, np.: profilaktyka, ortodoncja, protetyka, implantologia oraz zakres działania, np. jedynka prawa górna i używane do leczenia materiały.

Biorąc pod uwagę możliwość oceny usługi medycznej, usługę tę możemy nazwać usługą specjalistyczną, gdyż nie jesteśmy w stanie dokładnie jej ocenić nawet po jej skonsumowaniu, gdyż nie posiadamy dostatecznej wiedzy dotyczącej danej usługi medycznej. Usługi tej nie są w stanie ocenić np. lekarze różnych specjalności innych od tych, której ta usługa dotyczy. Usługi medyczne mają szereg specyficznych cech wpływających na działania marketingowe [Holub 2001, s. 36]:

1. Złożony pod względem psychologicznym proces, który odbywa się „na oczach klientów”.
2. Towarzyszący pacjentom stres.
3. Usługa medyczna wymaga stałej interakcji lekarza z pacjentem, w związku z tym postawa lekarza wobec chorego ma zasadnicze znaczenie w kreowaniu wizerunku placówki.
4. Świadczenie usług medycznych opiera się na fachowej wiedzy. Pacjent nie wie, do czego służą skomplikowane narzędzia, nie rozumie nazw wymienianych przez lekarza, dlatego też potęguje to konieczność budowania zaufania do lekarza i placówki.
5. Oddanie się pacjenta w ręce lekarza oznacza zrozumienie jego potrzeb. Pacjent oczekuje wyjaśnień, komunikacji. Lekarz wykonuje więc nie tylko właściwą usługę medyczną, wymaga się od niego również dobrej komunikacji z pacjentem i poświęcenia mu możliwie dużej uwagi.
6. Lekarze nie zawsze mogą w pełni usatysfakcjonować swoich klientów.
7. Lekarze mają małą możliwość różnicowania oferowanych przez siebie usług. Ta specyfika pozwala na oddziaływanie na percepcję pacjentów za pomocą np. skomplikowanych nazw zabiegów.
8. Jakość usługi medycznej zależy od lekarza, ale również od pacjenta.
9. Pacjenci w zasadzie nie oceniają jakości technicznej świadczonej usługi.

Patrząc na powyższe stwierdzenia, można domniemywać, iż oczekiwania nabywców usług medycznych kształtują w dużej mierze wcześniejsze

doświadczenia, opinie znajomych, przekazywane informacje. Ukształtowanie zbyt niskiego poziomu oczekiwań może spowodować trudności z zachęceniem odpowiednio licznej grupy konsumentów do zakupu oferty. Zbyt wysoki poziom oczekiwań może powodować częstsze rozczarowania u klientów.

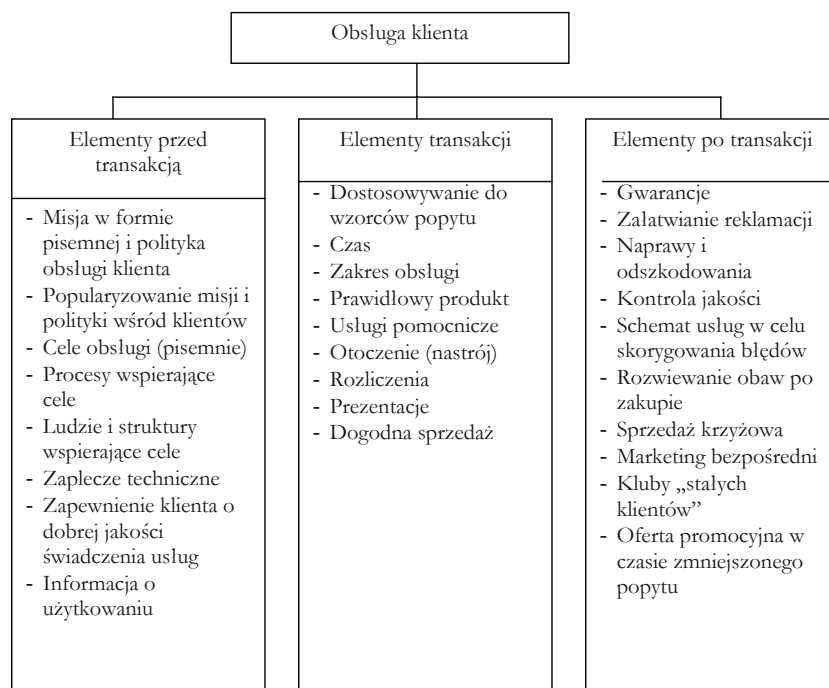
Dla firm zorientowanych na klienta satysfakcja nabywcy jest celem działania i podstawowym miernikiem sukcesu, ale należy utrzymywać równowagę pomiędzy poziomem satysfakcji a zyskownością firmy.

W celu dobrego rozpoznania momentu, w którym rozpoczyna się tworzenie wartości w trakcie świadczenia usług medycznych, można zapoznać się z poniższym rysunkiem, na którym rozpisane są najważniejsze elementy obsługi klienta. W celu dostarczenia wartości klientowi/pacjentowi w trakcie obsługi, elementy te muszą zostać dokładnie rozpracowane. Należy oszacować, z jaką częstotliwością określone grupy pacjentów będą korzystać z danej usługi: czy jest to np. choroba przewlekła wymagająca ciągłych wizyt u lekarza, czy też incydentalne korzystanie z usługi medycznej? Jaki czas jest potrzebny do wykonania danej usługi? Dobrze jest znać oczekiwania pacjenta w tym zakresie. Płatnik, czyli NFZ, zaleca, aby podstawowa norma czasu poświęcanego pacjentowi w trakcie wykonywania usługi medycznej wynosiła 15–20 minut [Kaplińskiego, Łysiaka, Pięcińskiej, s. 3].

Czas poświęcany pacjentowi powinien być także uzależniony od długości jego oczekiwania na wizytę. Następnym ważnym aspektem jest zakres, czyli możliwość korzystania z różnych usług medycznych kompleksowo lub postawienie na usługi wysokospecjalistyczne, a w następnej kolejności na usługi pomocnicze, odpowiednie wyposażenie gabinetów oraz warunki w nich panujące, a także na dogodną płatność – w przypadku usług nieobjętych kontraktami NFZ. Bardzo ważne jest ponadto odpowiednie przeszkolenie pracowników udzielających świadczeń medycznych – czyli usług. W związku z tym współpracować muszą wszystkie działy i pracownicy.

W trakcie świadczenia usługi, a więc w momencie wejścia pacjenta do gabinetu lekarskiego, pacjent oczekuje od lekarza empatii i zrozumienia, dlatego ważne jest, aby personel medyczny był ciągle szkolony w tym kierunku. Dotyczy to także podnoszenia kwalifikacji przez lekarzy i personel pomocniczy i techniczny.

Rys. 1. Elementy obsługi klienta



Źródło: Furtak 2003, s. 28.

W związku z powyższym, aby dobrze świadczyć usługi medyczne, lekarze powinni w systemie ciągłym podnosić swoje kwalifikację, np. biorąc udział w konferencjach i sympozjach. Ponadto powinni przejść przeszkolenie mające na celu rozwój umiejętności interpersonalnych, a szczególnie rozmowy z pacjentami i porozumiewania się z pozostałym personelem. Również dotyczy to personelu średniego – pielęgniarek, położnych, techników radiologicznych, laborantów itd., którzy świadczą usługi medyczne.

Biorąc powyższe pod uwagę, pomocne w dostarczaniu wartości dla klienta może być podejście biorące pod uwagę założenia marketingu partnerskiego. Marketing partnerski wg L. Berrego to tworzenie, utrzymywanie i wzbogacanie relacji z klientem. Więzy, które się tworzy, powinny być długotrwałe, co w opiece zdrowotnej często ma ogromne znaczenie przy prowadzeniu długotrwałego leczenia a następnie często wieloletnich kontroli (w przypadku chorób nowotworowych po zakończeniu cyklu leczenia okres kontrolny trwa ok. 10 lat – pierwsze pięć to intensywna kontrola – w tym czasie dany pacjent jest diagnozowany ze zmniejszającą się częstością).

Można wdrożyć i opracować wiele odmiennych koncepcji marketingu partnerskiego, są one niezależne i mogą być stosowane w różnych kombinacjach [Furtak 2003, ss. 32–33].

Strategia kluczowej usługi – może ona stanowić podstawę długookresowych więzi firmy (zoz-u) z jej klientami. Dzięki kluczowej usłudze klienci korzystają z oferty, ponieważ dostarcza im ona pożądaną wartość i zaspokaja ich potrzeby. Zadaniem przedsiębiorstwa jest pogłębianie więzi poprzez ciągle dostarczanie klientom korzyści, poprawę jakości obsługi i sprzedaż, wraz z upływem czasu, dodatkowych usług.

Strategia indywidualizowania relacji z klientami – poprzez ciągle badanie potrzeb i preferencji poszczególnych konsumentów możliwe jest lepsze dostosowanie oferty do wymagań tych osób i pełniejsze zaspokojenie ich potrzeb. Klienci, otrzymując pożądaną wartość, rzadko decydują się na odejście do innej firmy (zoz-u). Strategia taka wymaga stworzenia odpowiedniego systemu informacji marketingowej.

Strategia rozwoju usługi – wymaga włączenia do oferty dodatkowych elementów w celu odróżnienia jej od ofert konkurentów i wzmocnienia więzi z klientami. Dodatkowe usługi muszą posiadać dostateczną użyteczność, aby wzmacniać lojalność wymagających klientów.

Strategia wzmacniania więzi z klientami na podstawie instrumentów cenowych – oznacza ona ustalanie korzystniejszych cen dla wybranych klientów w celu zwiększenia ich lojalności lub zakupu dodatkowych usług.

Aby obsługa klienta/pacjenta przebiegała w sposób prawidłowy, ZOZ musi prowadzić dobrze rozwinięty marketing wewnętrzny mający na celu odpowiednie motywowanie pracowników i dbanie o podnoszenie przez nich kwalifikacji, i to zarówno w zakresie wiedzy medycznej, jak i interpersonalnej. Marketing wewnętrzny – jest to jedno z ważniejszych pól działalności firmy. Klientami wewnętrznymi są pracownicy lub poszczególne działy przedsiębiorstwa, a rezultaty ich pracy są określane mianem produktu. Marketing wewnętrzny opiera się na stwierdzeniu, że organizacja świadcząca usługi przed skierowaniem skutecznych programów do klientów musi skoncentrować się na swoich pracownikach lub rynku wewnętrznym [Przybyłowski, Hartley, Kerin, Rudelius 1998, s. 334]. Marketing wewnętrzny bezpośrednio wpływa na tworzenie usług dla klientów, dlatego jest tutaj obszerniej przytaczany. Koncepcja marketingu wewnętrznego zakłada, że pracownicy określonej organizacji będą przedmiotem oddziaływania w celu stworzenia orientacji rynkowej, jeśli do nich skierowane

będą działania przypominające swoim charakterem działania marketingowe [por. Rogoziński 2000, ss. 184–185, Otto 2001, ss. 176–193]. Należy pamiętać, że pracownicy przedsiębiorstwa stanowią ogniwo strategiczne firmy i to oni zapewniają łączność między firmą a klientem. Wg Grönroosa działania marketingowe skierowane do pracowników powinny [Otto 2001, s. 179]:

- wykreować w pracownikach świadomość i pełne zrozumienie znaczenia i roli, jaką odgrywają w organizacji, współdziałając i współtworząc wraz z innymi dla osiągnięcia celów;
- rozwinąć i promować w firmie etos obsługi klienta zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego.

Główne założenia marketingu wewnętrznego wg Zbiegień-Maciąg są następujące [Otto 2001, s.180-181]:

- każda firma (instytucja, organizacja) ma swój rynek wewnętrzny – na nim funkcjonują pracownicy firmy wraz ze swoimi potrzebami, ambicjami, oczekiwaniami czy interesami;
- każdy pracownik jest klientem wewnętrznym firmy;
- na rynku wewnętrznym istnieje co najmniej dwóch oferentów – pracodawca (czyli sformalizowana struktura, zadania, warunki) oraz ludzie (czyli realizacji celów firmy, oferowanie usług według posiadanych kwalifikacji, umiejętności, zdolności, wykształcenia itp.);
- rynek wewnętrzny żyje własnym życiem, przemieszczając role, zadania, funkcje klientów;
- pomiędzy oferentami usług istnieje stała wymiana transakcyjna;
- istnieją wewnętrzne warunki, pozwalające realizować wymianę usług – są to: warunki płacy, pracy, zasoby finansowe, kultura organizacyjna firmy, struktura organizacyjna itp.
- istnieje oddziaływanie otoczenia społecznego, warunków zewnętrznych na wewnętrzny rynek;
- rynek wewnętrzny ustala swoje prawa i zasady funkcjonowania.

Zasadnicze elementy formalne marketingu wewnętrznego nakreślane są przez naczelną kadrę menedżerską i mają charakter ogólny. Zdaniem Gummessona program marketingu wewnętrznego obejmuje [Otto 2001, ss. 183–184]:

- wyznaczenie aktualnego poziomu obsługi klienta przez pryzmat przyjętych standardów jakościowych,
- określenie pożądanego poziomu obsługi klienta przez pryzmat standardów jakościowych,

- uruchomienie zestawu działań warunkujących osiągnięcie niezbędnego poziomu obsługi klientów.

Dzięki zrozumieniu konieczności pewnych działań przez pracowników można obserwować zmianę ich zachowań, podnoszenie jakości obsługi, a co za tym idzie poprawę zadowolenia pacjentów i rozwój zoz-u.

Na początku 2012 roku przebadano placówki ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego i otoczenia Częstochowy – Radomsko – województwo łódzkie pod kontem zapewnienia pacjentom optymalnej obsługi w czasie świadczenia usługi medycznej. Ocena wykonania usługi była subiektywna i dotyczyła elementów, które mogą być oceniane przez pacjentów, czyli wyposażenia gabinetu, czasu trwania badania, zachowania personelu medycznego w trakcie trwania badania. Na zakończenie badania zadawano pytanie dotyczące tego, czy tą daną placówkę pacjent poleciłby znajomym. Ze względu na wymogi badania placówkom nadano kody.

Pierwszą z przebadanych placówek był ZOZ „A” mieszczący się w Częstochowie o profilowym charakterze działalności. Oceniana była przez 20 respondentów. Na pytanie dotyczące oznakowania gabinetu 14 osób (70%) odpowiedziało, że oznakowanie jest czytelne, 6 osób (30%) miało inne zdanie. Dla 19 osób (90%) gabinet lekarski był czysty i przyjemny. Jedna osoba miała odmienne zdanie. W trakcie badania lekarz wypowiadał się w sposób zrozumiały i kompetentny – 15 osób (75%), dla 5 respondentów (25%) wypowiedzi lekarza były niewystarczające. Tyle samo pacjentów uważało, że lekarz był życzliwy i kompetentny, pozostali mieli odmienne zdanie. 15 respondentów (75%) poleciłoby placówkę znajomym.

Następna placówka to SP ZOZ „B” mieszczący się w Częstochowie. Badanie objęło 25 osób. 17 respondentów (68%) oceniło życzliwość i kompetencje lekarza na poziomie dobrym. Pozostali respondenci mieli zastrzeżenia – 32% (8). 80% z tej grupy (20 osób) wyraziło zdanie, że lekarz wyrażał się dla nich w sposób zrozumiały. Niestety dla 20 % (5) lekarz nie był dostatecznie zrozumiały. 64% respondentów (16) uważało, że gabinety lekarskie są czyste i przyjemne. Pozostałe osoby twierdziły że czystość gabinetów jest niewystarczająca. Oznakowanie gabinetów za dobre oceniło 20 respondentów (80%) pozostali stwierdzili, że oznakowanie gabinetów jest niewystarczające. 60% (15) ankietowanych poleciłoby placówkę znajomym. Pozostali jednak odradziliby skorzystanie z usług w tej placówce.

Trzecia placówka to ośrodek POZ w Myszkowie „C”. Przebadano 30 respondentów. Zdecydowana większość pacjentów uważa, że lekarze

są uprzejmi – 27 osób (90%), 3 osoby (10%) stwierdziły, że są niemili. Udzielane przez lekarza informacje były zrozumiałe dla 19 respondentów (63,3%), dla 11 (36,7%) niestety lekarz wypowiadał się w sposób niezrozumiały. Oznakowanie gabinetów było dobre dla 24 respondentów (80%), 6 osób (20%) stwierdziło, że było niedostateczne. Dla 20 osób (66,7%) gabinet lekarski był czysty i przyjemny. 10 osób (33,3%) miało odmienne zdanie. 23 osoby (76,6%) poleciłyby placówkę znajomym, pozostałych 7 respondentów (23,4%) nie poleciliby tej placówki.

Czwarta placówka to Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w Sosnowcu „D”. Badaniu poddano 30 respondentów. 50% (15 osób) respondentów stwierdziło, że oznakowania gabinetów są wystarczające, 6,7 % (2 osoby) że źle, 16,7% (5 osób) nie miało zdania. Dla 15 osób (16,7%) gabinet lekarski był czysty i przyjemny. 2 osoby (6,7%) miały odmienne zdanie, pozostałe nie wyraziły opinii. Lekarz w trakcie świadczenia usługi medycznej był miły, kompetentny i życzliwy – 43% (13) respondentów potwierdziło to, dla 23% (7 respondentów) lekarz nie był wystarczająco życzliwy. Wypowiedzi lekarza omawiające działania związane z usługą medyczną były zrozumiałe dla 50% (15 osób), 16,7% (5 osób) nie miało na ten temat zdania. Czas oczekiwania na wizytę dla 70% był krótki, dla 15% długi. Generalnie wszystkie przebadane osoby poleciłyby placówkę znajomym.

Piąta placówka to Przychodnia specjalistyczna w Częstochowie „E”. Przebadano 40 respondentów. 72,5% (29 osób) respondentów oceniło życzliwość i kompetencje lekarza na poziomie dobrym. Pozostali respondenci mieli zastrzeżenia – 27,5% (11). 31 osób z tej grupy (77,5%) wyraziło zdanie, że lekarz wyrażał się dla nich w sposób zrozumiały. Niestety dla 9 osób (22,5%) lekarz nie był dostatecznie zrozumiały. 35 respondentów (87,5%) uważało, że gabinety lekarskie są czyste i przyjemne. Pozostałe osoby twierdziły, że jest ona niewystarczająca (5 – 12,5%). Oznakowanie gabinetów za dobre oceniło 35 respondentów (87,5%), pozostali stwierdzili, że oznakowanie gabinetów jest niewystarczające. 30 ankietowanych (75%) poleciłoby placówkę znajomym. 7 (17,5%) jednak nie poleciliby skorzystania z usług w tej placówce. Trzech respondentów (7,5%) nie miało zdania.

Szósta placówka to NZOZ w Kłobucku „F”. Przebadano 30 respondentów. Pacjenci uważali, że lekarze są uprzejmi. Udzielane przez lekarza informacje były zrozumiałe dla 20 respondentów (66,7%), dla 10 (33,3%) niestety lekarz wypowiadał się w sposób niezrozumiały. Oznakowanie gabinetów było dobre dla wszystkich 30 respondentów. Gabinety czyste i dobrze wyposażone – 28 osób (93,3%), odmienne zdanie miało 2 responden-

tów (6,7%). 28 osób (93,3%) poleciłyby placówkę znajomym, pozostałych 2 respondentów (6,7%) nie poleciłoby tej placówki.

Dodatkowo zadano pacjentom pytanie dotyczące czasu oczekiwania na wizytę lekarską, który to czas mógł bezpośrednio wpływać na postrzeganie świadczenia usługi medycznej. W placówce „A” – 13 osób (65%) oceniło czas jako niezbyt długi, pozostałe osoby 7 (35%) jako długi. W placówce „B” – 6 osób (24%) jako niezbyt długi, pozostali 19 (76%) jako długi. W placówce „C” – 7 osób (23,3%) jako niezbyt długi, 23 osoby (76,7%) jako długi. W placówce „D” – 14 (70%) jako niezbyt długi, 3 (15%) jako długi, 3 osoby nie udzieliły odpowiedzi. W placówce „E” – 21 (52,5%) jako niezbyt długi, 10 (25%) jako długi, 9 osób (22,5%) nie udzieliło odpowiedzi. W placówce „F” – 29 osób (96,7%) jako niezbyt długi, 1 (3,3%) jako długi.

Porównanie tabelaryczne uzyskanych wyników wygląda następująco

Tab. 1. Porównanie uzyskanych wyników

Placówka „A”		Placówka „B”		Placówka „C”		Placówka „D”		Placówka „E”		Placówka „F”	
Oznakowanie gabinetów lekarskich											
Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe
70%	30%	80%	20%	80%	20%	50%	6,7%	87,5%	12,5%	100%	-
Czystość i wyposażenie gabinetów lekarskich											
Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe	Dobre	Złe
90%	10%	64%	36%	66,7%	33,3%	16,7%	6,7%	87,5%	12,5%	93,3%	6,7%
Lekarz wypowiedział się w sposób zrozumiały i kompetentny											
Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
75%	25%	80%	20%	63,3%	36,7%	50%	16,7%	77,5%	22,5%	66,7%	33,3%
Lekarz w kontakcie z pacjentem był życzliwy											
75%	25%	68%	32%	90%	10%	43%	23%	72,5%	27,5%	100%	-
Czas oczekiwania na wizytę											
Krótki	Długi	Krótki	Długi	Krótki	Długi	Krótki	Długi	Krótki	Długi	Krótki	Długi
65%	35%	24%	76%	23,3%	76,7%	70%	15%	52,5%	25%	96,7%	3,3%
Czy polecił by Pan/Pani daną placówkę znajomym											
Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
75%	25%	60%	40%	76,6%	23,4%	100%	-	75%	17,5%	93,3%	6,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań

Jak wynika z powyższej tabeli, fakt polecenia danej placówki nie ma bezpośrednio jednoznacznego powiązania z kompetencjami i życzliwością lekarzy. Można jednakże zauważyć pewną prawidłowość – jeżeli wizyta u lekarza była oceniana przez respondentów jako dobrze przeprowadzona, w ich odczuciu, to mieli oni większą skłonność do polecenia danej placów-

ki znajomym. Niestety z zestawienia danych wynika, że należałoby jeszcze poprawić podejście lekarzy do pacjentów – tak aby wyniki dotyczące ich życzliwości i zrozumiałości oscylowały w granicach 100%. Należy równocześnie pamiętać, że pacjent ocenia więcej elementów niż samą usługę medyczną. Na wyniki wpływają elementy znajdujące się przed i po usłudze medycznej. Menadżerowie placówek opieki zdrowotnej jednakże powinni mieć na uwadze, że dobre wyszkolenie personelu związane z jego zachowaniem w stosunku do pacjenta może mieć znaczący wpływ na osiąganie przewagi konkurencyjnej przez daną placówkę.

Bibliografia

- Furtak R. (2003), *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa.
- Holub J (2001)., *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych*, „Przegląd Organizacji”, Miesięcznik TNOiK 6/2001, Katowice.
- Kaplińskiego A., Łysiaka M., Pięcińskiej T. (red) (2001-2004), *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce*, Wydawnictwo Verlag Dashofer Sp. z o.o. Warszawa.
- Kotler P., Armstrong G., Sauters J., Wong V.,(2002) *Marketing – podręcznik europejski*, PWE, Warszawa.
- Oficjalna strona internetowa Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl - słowniczek do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – 26.11.2008.
- Otto J. (2001), *Marketing partnerski*, Wyd. C.H. Beck., Warszawa.
- Otto J. (2001), *Marketing relacji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Payne A., (1997), *Marketing usług*, PWE Warszawa.
- Przybyłowski, Hartley, Kerin, Rudelius, (1998) *Marketing*, Dom Wydawniczy ABC.
- Rogoziński K. (2000), *Marketing usług*, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań.
- Styś A. (2003), *Marketing usług*, PWE, Warszawa.

Grażyna Broniewska
Uniwersytet Łódzki

Systemy zarządzania jakością w placówkach medycznych

Streszczenie: Kreowanie jakości w placówkach medycznych jest bardziej skomplikowane niż w przypadku dóbr materialnych. Dlatego też placówki te powinny identyfikować cechy i parametry usługi medycznej, których zapewnienie na odpowiednim poziomie posłuży do wzrostu zadowolenia pacjentów. Należy również aplikować wybrane metody zarządzania jakością, traktując wysiłek zmierzający do ciągłej poprawy jako niezbędną inwestycję. Dlatego też warto poddać analizie trzy kierunki zarządzania jakością w usługach zdrowotnych:

1. systemy akredytacji,
2. wdrożenie standardów ISO,
3. oraz próby aplikacji rozwiniętego systemu, jakim jest koncepcja TQM – Kompleksowego Zarządzania Jakością i wynikające z tej filozofii inne narzędzia zarządzania strategicznego, takie jak Model Doskonałości EFQM czy Zrównoważona Karta Wyników.

Quality management systems in medical institutions

Abstract: Creating the quality in medical institutions is more complicated than in the case of material goods. Therefore, these institutions should identify the features and parameters of medical services, which, if provided on appropriate level, may be used to increase patients' satisfaction.

The effort of the application of the chosen methods used to improve the quality should be treated as a necessary investment. It is also beneficial to analyze three areas of quality management in health services:

- First - the accreditation systems,
- Second - the implementation of ISO standards,
- Third - the attempts of implementations of elaborated systems such as the Total Quality Management and others tools of strategic managements deriving from these concepts such as the EFQM Excellence Model and the Balanced Scorecard.

Wstęp

Jakość usług zdrowotnej jest znacznie bardziej skomplikowana w definiowaniu niż jakość wyrobu. Wiąże się to ze specyfiką usług medycznych, a zwłaszcza z faktem, że klient – pacjent zazwyczaj czynnie uczestniczy w procesie powstawania usługi, a jego odczucia wpływają zarówno na sam proces jak i jego wynik finalny. W niniejszych rozważaniach, na podstawie obserwacji wdrożeń systemów jakości w szpitalach oraz analizy dostępnej literatury, podjęto próbę analizy specyfiki tych usług i wskazania metod zapewnienia jakości w polskich placówkach medycznych. Działania jakościowe dokonywane są najczęściej bądź poprzez procedurę akredytacji zgodnie z wymaganiami Centrum Monitorowania Jakości, bądź poprzez potwierdzone certyfikatem spełnienie wymagań norm ISO. Niektóre jednostki decydują się na oba rozwiązania jednocześnie, zaś inne stosują bardziej rozwinięte systemy, na przykład Zrównoważoną Kartę Wyników, oznaczającą samoocenę w poszczególnych obszarach funkcjonowania, w myśl filozofii TQM i wzorca doskonałości EFQM.

Cechy usług medycznych i różne perspektywy postrzegania ich jakości

Placówka medyczna (zwana też placówką opieki zdrowotnej) – zgodnie z ustawą z dn. 20.06.1997r. – jest Zakładem Opieki Zdrowotnej. ZOZ obejmuje wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielenia świadczeń (usług) zdrowotnych i promocji zdrowia. Specyfiką tych usług, jak również innych usług niematerialnych, jest trudność jednoznacznego zdefiniowania ich jakości. Generalnie określa się jakość usług jako funkcję pomiędzy oczekiwaniami (E) a percepcją (P) usługi przez klienta, co można zapisać jako $Q = f(E-P)$. Niestety w praktyce dość często występuje rozbieżność między oczekiwaniami statystycznego pacjenta a jego odbiorem i oceną wykonanej usługi. By można było ją zminimalizować, istotnym staje się określenie cech usług medycznych (zdrowotnych), które są dostrzegane przez klienta – pacjenta i mogą być przez niego oceniane.

Usługi zdrowotne poza tym, że charakteryzują się wszystkimi podstawowymi cechami, warunkującymi zaliczenie ich do działalności usługowej (np. niematerialność, nietrwałość, różnorodność, nierozdzielność, ściśle powiązanie usługi z usługodawcą i usługobiorcą czy niemożność nabycia prawa własności usługi), mają swoją specyfikę i wiążą się z dużym stopniem różnorodności wynikającym ze odmienności specjalizacji lekarskich.

Do szczególnie charakterystycznych cech, wskazywanych m.in. przez Zielińskiego [2009, s. 242–243], Bukowską-Piestrzyńską [2007, s. 17–18] oraz Opolskiego, Dykowską i Moździoń [2005, s. 20–21] zaliczyć można:

- złożoność procesu, który odbywa się na oczach nabywców i charakteryzuje się jednoczesnym dostarczaniem świadczeń różnego typu;
- asymetrię informacji posiadanych przez lekarza i pacjenta, która oznacza, że pacjent jest z reguły laikiem pełnym obaw o swoje zdrowie, zaś personel medyczny posiada fachową wiedzę niezbędną do profesjonalnego wykonania usługi. Wiąże się to wobec tego z ograniczeniem suwerenności klienta – pacjenta – zwłaszcza w stanach nagłych, gdy nie może on określić swoich potrzeb;
- stałą interakcję lekarza z pacjentem, co oznacza zasadnicze znaczenie postawy lekarza wobec pacjenta;
- zależność jakości usługi zarówno od lekarza jak i od stanu zdrowia pacjenta oraz brak gwarancji skuteczności czy pewności, że po wykonaniu usługi pacjent będzie wyleczony.

Z asymetrią informacji często wiąże się także korelacja właściwego zrozumienia lub braku zrozumienia przez pacjenta otrzymanych informacji oraz z podporządkowaniem się instrukcjom lekarza, co ma niemalże wpływ na pomyślny wynik leczenia. Oznacza to konieczność uwrażliwienia lekarzy na komunikowanie się z pacjentem i inne jego potrzeby. Dla zidentyfikowania tych potrzeb, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała 7 głównych komponentów determinujących jakość [Gruca-Wójtowicz 2009, s. 33]:

1. Godność pacjenta – prawo do bycia traktowanym jako osoba w pełnym tego słowa znaczeniu, uwzględniając szacunek, ochronę praw, zachęcanie do zadawania pytań, zapewnienie prywatności i intymności podczas badań i w trakcie leczenia.
2. Autonomia i niezależność – prawo do informowania o chorobie i alternatywnych metodach leczenia, prawo do dyskusji o preferencjach i oczekiwaniach.
3. Poufność – zachowanie pełnej tajemnicy lekarskiej, ochrona danych osobowych.
4. Dostępność usług – natychmiastowa pomoc w nagłych przypadkach, a w przypadku zabiegów, konsultacji, porad ambulatoryjnych planowych – rozsądny czas oczekiwania.
5. Dostęp do wsparcia socjalnego i psychicznego.
6. Warunki bytowe – infrastruktura sprzyjająca świadczeniu usług medycznych.

7. Wybór świadczeniodawcy usług medycznych.

Poza pacjentem, bezpośrednimi interesariuszami usług medycznych są jeszcze inne podmioty. Wskazuje na to wyraźnie F. Gutzwiller [1997, s. 10], według którego jakość i ochronę jakości można definiować różnie w zależności od punktu widzenia czterech zainteresowanych nią grup:

- **Jakość dla lekarza** to samodzielna kontrola świadczonych usług, zaś jakość ochrony zdrowia wydaje się immanentnym składnikiem praktyki lekarskiej.
- **Pacjent** jest przede wszystkim zainteresowany skutecznością i bezpieczeństwem procesu leczenia i opieki.
- **Instytucje finansujące** (płatnicy) są zainteresowane tym, aby ich klienci w przypadku zachorowania mieli usługi medyczne zapewnione we właściwym czasie, niezbędne i zgodne z aktualnym stanem wiedzy i techniki medycznej. Jednocześnie korzystanie z usług zdrowotnych powinno być ograniczone do koniecznych rozmiarów i możliwie niedrogie.
- **Państwo** (organ założycielski) skupia się na tym, aby świadczenia zdrowotne niezbędne dla opieki nad ludnością były do dyspozycji w odpowiednim czasie i zgodnie z potrzebami, dla wszystkich jednakowo dostępne i na przystępnych warunkach finansowych.

Rozwiązaniem dylematów związanych z różnymi wymogami stron zainteresowanych jakością w służbie zdrowia może być system zarządzania jakością w opiece zdrowotnej. Niezależnie bowiem od punktu widzenia uczestników systemu, ma on wspólne cele, którymi są poprawa opieki nad chorym i efektywność świadczonych usług.

Akredytacja w usługach medycznych

Akredytacja (*łac. credo – wierzę*), w sensie dosłownym, polega na zawierzeniu szpitalowi, że jak najlepiej wypełnia swoje funkcje wobec pacjentów. Ta wiara oparta jest na kompleksowej ocenie dokonywanej na miejscu w szpitalu przez odpowiednio wyszkolonych wizytatorów. Akredytacja jest więc systemem dobrowolnej, zewnętrznej i bezpośredniej oceny, mającym na celu zapewnienie dobrego poziomu świadczeń medycznych i wskazanie, które placówki taki poziom gwarantują.

System akredytacji w Polsce został opracowany w 1998 r. w powołanym w 1994 r. i podlegającym Ministrowi Zdrowia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) przy współpracy wielu innych organizacji. Idea opracowania standardów opieki zdrowotnej datuje się od 1951

r., gdy w USA rozpoczęła swą działalność organizacja zajmująca się ich opracowaniem, znana obecnie pod nazwą *Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations* (JHAHO) [Juran 1998, s. 8].

W Polsce proces akredytacji rozpoczął się od placówek szpitalnych, lecz istnieje możliwość objęcia nim również innych jednostek medycznych, łącznie z prywatnymi gabinetami lekarskimi. Standardy te przeznaczone są **wyłącznie dla organizacji ochrony zdrowia**, zawierając wymogi dotyczące działalności leczniczej, które należy spełniać co najmniej w 75%, by otrzymać akredytację [Lewandowski 2011, s. 11].

Bardzo cennym elementem akredytacji jest samoocena, jakiej może dokonać szpital w oparciu o standardy, w czasie przygotowań do wizyty akredytacyjnej. Najczęściej odpowiedzialnością za przygotowanie szpitala do akredytacji jest obciążony multidyscyplinarny zespół ds. jakości. Działa on w składzie kilkuosobowym lub w formie wyodrębnionych zespołów zadaniowych, np. do spraw dokumentacji medycznej, leków, terapii, zakażeń szpitalnych, środowiska opieki, aparatury medycznej itp. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opracowało kryteria wymagane przy akredytacji, ujmując je w 15 grup. Zestaw standardów, które należy spełnić, obejmuje takie aspekty, jak:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Zarządzanie ogólne (ZO) | 9. Leki (LI) |
| 2. Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ) | 10. Odżywianie (OD) |
| 3. Zarządzanie informacją (ZI) | 11. Ciągłość opieki (CO) |
| 4. Kontrola zakażeń szpitalnych (KI) | 12. Poprawa jakości (PJ) |
| 5. Prawa pacjenta (PP) | 13. Zarządzanie środowiskiem opieki (ŚO) |
| 6. Ocena stanu pacjenta (OS) | 14. Izba przyjęć (IP) |
| 7. Opieka nad pacjentem (OP) | 15. Laboratorium (LA) |
| 8. Anestezjologia (AN) | |

Korzyści systemu akredytacji można rozpatrywać na wielu innych płaszczyznach, np.: wspieranie edukacji personelu i aktywizacja działań zespołowych, popularyzacja dobrych wzorów organizacyjnych czy redukcja kosztów. Najwięcej jednak zyskuje pacjent, otrzymując możliwość wyboru lepszej placówki i świadczeń wysokiej jakości. Dla szpitala zaś najcenniejszą zaletą poddania się akredytacji jest możliwość zdiagnozowania obszarów, w których funkcjonowanie może, a czasem nawet musi, być poprawione. Wydaje się bezspornym, że niektóre problemy można automatycznie, bez większego wysiłku i kosztów wyeliminować, na przykład niewłaściwe nawyki personelu. Jednak, jak pokazuje praktyka, efekt pokonania określonej poprzeczki wymogów akredytacyjnych jest trudny i nie może być jednora-

zowy. Dla utrzymania długotrwałych efektów konieczna jest mobilizacja wszystkich pracowników prowadząca organizację do poprawy swojej działalności [Gwizdak 2001, s. 47].

Dodatkowo, aby akredytacja w usługach medycznych mogła się rozwijać, obejmując inne formy opieki poza szpitalną, musi być zgodna z interesem ekonomicznym placówek opieki zdrowotnej. Jeśli taka inwestycja nie będzie przynosiła zysku ekonomicznego, a motywem do jej zdobycia będą ambicje nielicznej grupy dyrektorów, system ten nie przyjmie się. Doświadczenia innych państw pokazują ponadto, iż system akredytacji powinien być programem dobrowolnym i nie powinien być zarządzany przez państwo. Zagrożeniem dla akredytacji jest również fakt, że obecnie systematycznie wzrasta liczba szpitali, które zamiast akredytacji wybierają wprowadzenie standardu ISO 9001. Dzieje się tak dlatego, że – jak twierdzą praktycy – trudniej jest uzyskać akredytację CMJ niż zgodność ze standardami ISO [Wiśniewska, Nowoszyńska 2009, s. 28].

System zarządzania jakością według norm ISO

Normy ISO były w swych wcześniejszych wersjach (od 1987 r.) skorelowane raczej z działalnością produkcyjną. Dopiero ich aktualizacja z 2000 r. i wprowadzenie modelu ISO 9001:2000 jako modelu procesowego spowodowały ich lepszą korelację ze sferą usług, a w tym usług medycznych. Certyfikat jakości zaświadczaający wdrożenie przez przedsiębiorstwo systemu zapewnienia jakości wg norm ISO należy do najważniejszych certyfikatów uznawanych na forum międzynarodowym. Stanowi on rezultat badań, które potwierdzają – na określony okres czasu (3 lata) – zgodność zarówno procesu, jak i też rezultatów z kryteriami jakości i uznanymi normami i standardami. System jakości wg norm ISO realizuje to, co ustalono między klientem, czyli pacjentem, a dostawcą usług, czyli świadczeniodawcą. Obejmuje on wszystkie fazy „trwania” usługi medycznej, określa m.in. strukturę organizacyjną organizacji świadczącej usługi, a także ogólną i szczegółową odpowiedzialność pracowników za jakość świadczonych usług medycznych, usprawnienia, sposób przepływu poleceń, informacji, dokumentów. Pierwszym polskim szpitalem, który uzyskał certyfikat ISO 9001 w 2001 r. był Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego w Katowicach, obecnie zaś wdrożenia takie odnajdujemy w kilku placówkach każdego województwa.

Analizując implementację systemów zarządzania jakością według norm ISO serii 9000 w placówkach zdrowotnych (medycznych) należy wyraźnie

określić, jaki jest zakres tego systemu, gdyż pojawiają się tu liczne nieporozumienia. Istotnym jest fakt, że system ten w żadnym wypadku nie może ingerować w procedury bezpośrednio medyczne! Oznacza to, że nie określa się tu, jak pielęgniarka ma zrobić zastrzyk, jak lekarz ma przeprowadzić badania diagnostyczne, a chirurg operację. System natomiast powinien stworzyć infrastrukturę zapewniającą warunki, aby tego typu działania medyczne mogły być wykonywane zgodnie ze sztuką lekarską i bez załkóceń. Tak więc **system dotyczy sfery zarządzania** placówką medyczną **a nie działalności stricte medycznej**. Oznacza to, że certyfikat ISO 9001 stanowi w dużej mierze narzędzie marketingowe, zwłaszcza zaś promocji takiej wartości, jaką jest zaufanie [Lisiecka 2003, s.34]. W opinii jednostek, które system ów wdrożyły, praca ta była jednak potrzebna, gdyż certyfikat ISO stał się dowodem potwierdzającym, że oferowane usługi spełniają wymagania i potrzeby klientów. Dzięki jego wdrożeniu można sformalizować i udokumentować procesy realizowane w szpitalu, szczególnie procesy obejmujące sposoby postępowania w oddziałach szpitalnych oraz zasady opieki poszpitalnej. Szczególną uwagę zwraca się na ciągle zapobieganie niezgodnościom z przyjętymi procedurami, czego szczególnymi dowodami są systemowe działania związane z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym, błędom w sztuce lekarskiej, pielęgniarstwie i w diagnostyce medycznej. System ISO serii 9000 porządkuje i ujednolica także działania związane z nadzorem nad sprzętem medycznym i wyposażeniem do badań oraz zapewnia systematyczną kontrolę nad całą infrastrukturą techniczną szpitala. Najistotniejszym wydaje się jednak fakt, iż wdrożenie ISO pomaga zbudować zespół pracowników identyfikujących się z założonymi celami strategicznymi szpitala i jego misją.

Warto też podkreślić, iż istnieją szpitale, które uzyskały zarówno akredytację CMJ jak i wdrożyły systemy zarządzania jakością i to nie tylko ISO 9001, lecz również normę środowiskową ISO 140001, bezpieczeństwa PN-N-18001 oraz HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Points* – Analiza Zagrożeń w Krytycznych Punktach Kontroli) regulującą jakość zdrowotną żywności. Należą do nich takie placówki, jak np.: Centrum Onkologii – szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach [Wiśniewska, Nowoszyńska 2009, s. 28].

Implementacja filozofii TQM

Wzrost konkurencyjności w usługach zdrowotnych prowadzi do konieczności przewartościowania podejścia do jakości. W medycynie jest to szczególnie ważne, gdyż jakość oznacza nie tylko zadowolenie klienta – pacjenta, ale przede wszystkim bezpośrednie przełożenie jego na zdrowie i życie. W poszukiwaniu sposobów doskonalenia jakości zaczęto interesować się filozofią TQM i opierających się na kluczowych założeniach tej filozofii modelach doskonałości, np. amerykańskim modelem Malcoma Baldrige’a [Baldrige..., 2009] czy modelem Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością [EFQM, 2003]. Wdrożenie zawartych w tych modelach wymagań stanowi warunek przyznania nagrody jakości. Zwłaszcza Amerykanie, sceptyczni wobec norm ISO, wskazywali, że funkcjonowanie (od 1988 r.) Amerykańskiej Nagrody Jakości ma większą przydatność niż uzyskanie certyfikatu ISO 9001. Zachęca ona bowiem do wysiłków na rzecz uzyskania najwyższego poziomu jakości („The best in the world”), a nie do spełnienia niekoniecznie najbardziej ostrych wymagań [Cholewicka-Goździk 2011, s. 4]. Analogiczna refleksja odnosi się do europejskiej, polskiej czy innych krajowych nagród jakości.

W idei Total Quality Management (TQM) odchodzi się od kontroli jako jedynego sposobu wzrostu jakości. Żadna kontrola nie jest bowiem dostatecznie dobra, a poza tym rozbudowany system kontroli jest wyjątkowo kosztowny. Dlatego jakość musi być uznawana jako najważniejszy cel przede wszystkim przez samych pracowników, musi być rozumiana nie jako stan, ale jako dążenie. Nie ma bowiem takiego poziomu jakości, który byłby całkowicie satysfakcjonujący. Dlatego za najistotniejszą cechę TQM uważa się ciągle doskonalenie – *Continous Quality Improvement* i samokontrolę połączoną z samooceną. Zasady te stanowią podwaliny **modelu EFQM**, który zbudowano na dziewięciu kryteriach podzielonych na dwie kategorie: potencjał i wyniki. Kryteria te zaadaptowano również na potrzeby usług zdrowotnych [Zawadzka, Zieliński 2009, s. 236–237].

Z filozofii TQM wyrosła również koncepcja Zrównoważonej Karty Wyników (ZKW) – *Balanced Scorecard (BSC)*, która nie negując przy ocenie organizacji potrzeby analizowania wskaźników finansowych, zakłada zrównoważenie ich wskaźnikami niefinansowymi. Wynika to z potrzeby pomiaru zasobów niematerialnych organizacji zawartych w kapitale intelektualnym pracowników, a także w kulturze organizacyjnej i systemach informacyjnych. Do perspektywy finansowej dodano jeszcze perspektywę

klienta, procesów wewnętrznych oraz rozwoju zarówno organizacji, jak i jej pracowników. W ten sposób uzyskano efektywne narzędzie do komunikowania i wdrażania strategii, szczególnie dobrze mobilizujące i synchronizujące wykorzystanie zasobów niematerialnych. Zrównoważoną Kartę Wyników zaczęto stosować nie tylko w amerykańskich korporacjach, ale także w sektorze opieki zdrowotnej [Kaplan, Norton 2001]. Również w Polsce pojawiły się wdrożenia tej koncepcji w szpitalach.

Warto zauważyć, że wdrożenie ZKW w organizacjach publicznych lub nienastawionych na zysk stanowi impuls do stosowania w nich zarządzania strategicznego, a to oznacza, iż mogą skoncentrować się one na procesach, które mają największe znaczenie dla końcowego klienta. Przykładem może być Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce koło Olsztyna, wdrażający tę koncepcję od 2005 r. Zastosowanie w nim ZKW pozwoliło zsynchronizować przedsięwzięcia poszczególnych działów celu integracji strategii. Pozwoliło również na **integrację** wcześniej stosowanych instrumentów zarządzania jakością, czyli ISO 9001, Programu Akredytacji CMJ i systemu bezpieczeństwa żywności HACCP. Dodatkowo uzyskano wsparcie realizacji zasad TQM, którą szpital prowadzi zgodnie z Modelem Doskonałości EFQM [Lewandowski 2008, s. 92–93] [Lewandowski 2011, s. 11–12].

Uwagi końcowe

Pomimo przeszkód i mitów na temat jakości, zakłady opieki zdrowotnej, które wprowadziły filozofię TQM lub jej zasadnicze elementy, odnotowują szereg korzyści, dotyczących w szczególności usprawnień w pracy, obniżenia kosztów działania, racjonalnego wykorzystania zasobów i wzrostu zadowolenia pacjentów i innych uczestników systemu służby zdrowia (interesariuszy). Korzyści te widoczne są dla:

- pacjenta – w zakresie usprawnienia systemu udzielania świadczeń medycznych i systematycznego podnoszenia ich jakości, a także stwarzanie przyjaznej atmosfery współpracy na linii pacjent – personel medyczny. Okazuje się również, że badanie poziomu satysfakcji pacjenta – klienta dyscyplinuje pracowników;
- szpitala – co objawia się w sprawniejszym zarządzaniu, racjonalizacji kosztów i poprawie kondycji finansowej, a także wzmocnieniu pozycji szpitala w rynkowym systemie udzielania świadczeń przez NFZ oraz podnoszeniu kultury organizacyjnej w placówce;

- personelu – bo wiąże się z poprawą komunikacji i organizacji pracy, pozwala pracownikom na systematyczne podnoszenie kwalifikacji, zapewnia bezpieczne środowisko pracy i porządkuje zakresy zadań, obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników. Stanowi to bodziec do wzrostu zaangażowania i motywacji do pracy oraz integracji grup zawodowych.

Zastosowanie systemów zarządzania jakością pozwala również zrozumieć, że wysiłek i środki przeznaczone na poprawę jakości nie mogą być odkładane w bliżej nieokreśloną przyszłość (gdy zaspokojone zostaną już potrzeby nieprecyzyjnie określane mianem podstawowych), lecz musi być traktowane jako niezbędna inwestycja.

Bibliografia

Baldrige National Quality Program. *Health Care Criteria for performance Excellence* (2009), Wyd. National Institute of Standards and Technology, Gaithersburg.

Bukowska-Piestrzyńska A. (2007), *Marketing usług zdrowotnych*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Cholewicka-Goździk K. (2011), *Samooceńca*, „Problemy Jakości” nr 6, s. 4 – 6.

EFQM – *Introducing Excellence* (2003), Wyd. EFQM, Bruksela.

Gruca-Wójtowicz P. (2009), *Jakość usług medycznych w kontekście zróżnicowanych oczekiwań stron zainteresowanych*, „Problemy Jakości” nr 3, s. 22 – 26.

Gutzwiller F. (1997), *Popieranie jakości w szwajcarskiej opiece zdrowotnej*, „Antidotum – Zarządzanie w opiece zdrowotnej”, nr 3, Wyd. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Warszawa, .

Gwizdak T. (2001), *Akredytacja a zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, „Zdrowie i Zarządzanie” nr 3–4, s. 46 - 49

Juran J.M. (1998), *Quality In Health Care Services*, Mc Graw-Hill Companies.

Kaplan R.S., Norton D.P. (2001), *Strategiczna Karta Wyników: Praktyka*, Wyd. Centrum Inowacji Menedżera, Warszawa.

Lewandowski R. (2008), *Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w organizacjach ochrony zdrowia – studium przypadku*, „Współczesne Zarządzanie” nr 4, s. 84-95.

Lewandowski R. (2011), *Zastosowanie narzędzi zarządzania jakością szpitalu*, „Problemy Jakości” nr 2, s. 7-12.

Lisiecka K. (2003), *Zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych. Wyzwania przyszłości*, „Problemy Jakości” nr 7, s. 32 – 34.

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2005), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Wiśniewska M., Nowoszyńska J. (2009), *Akredytacja i systemy zarządzania jakością w placówkach opieki zdrowotnej*, „Problemy jakości” nr 7, s. 26 – 28.

Zawadzka L., Zieliński G. (2009), *Modele doskonałości w opiece zdrowotnej* [w:] *Sukces w organizacji – istota, pomiar, uwarunkowania*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” nr 2/1, s. 233 – 240.

Zieliński G. (2009), *Determinanty jakości w zakładach opieki zdrowotnej* [w:] *Sukces w organizacji – istota, pomiar, uwarunkowania*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” nr 2/1, s. 241 – 249.

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Skierniewicach

Jakość obsługi pacjenta a konkurencyjność gabinetu stomatologicznego

Streszczenie: Działania na rzecz lepszej obsługi klienta mogą zwiększyć konkurencyjność podmiotu i poprawić jego wynik ekonomiczny. W artykule – na bazie literatury przedmiotu – przedstawiono znaczenie jakości obsługi w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego. Omówiono wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w czerwcu 2011 r. na 279 pacjentach. Wskazano oczekiwania pacjentów wobec personelu gabinetu stomatologicznego (m.in. w zakresie komunikacji i zachowania w stosunku do pacjentów) i oceny kontaktu usługowego, co pozwoliło na konstatację, że postawy pracowników gabinetów stomatologicznych nie są zgodne z oczekiwaniami pacjentów. Ocena wpływu relacji pacjent – dentysta na postawy pacjentów wobec usługodawcy, pozwoliła na stwierdzenie, że lojalni pacjenci stają się ambasadorami gabinetu (85,6% ankietowanych) i są mniej skłonni do zmiany stomatologa (77,8% respondentów).

Patient Service Quality and Competitiveness of a Dentist's Surgery

Abstract: Steps taken in order to improve client service may increase an entity's competitiveness and enhance its economic performance. Based on specialist literature, the article presents the role of service quality in running a dentist's surgery. It discusses results of a questionnaire survey conducted on 279 patients in June 2011. The article indicates patients' expectations with regard to a dentist's surgery staff (among others, in the scope of communication and behaviour towards patients) as well as assessments of service contact, which allows to conclude that attitudes of dentists' surgeries' employees do not meet patients' expectations. An assessment of the impact of patient-dentist relations on patients' attitudes towards the service provider allowed to state that loyal patients become a surgery's ambassadors (85.6% of interviewees) and are less willing to change their dentists (77.8% of subjects).

Wprowadzenie

Jeszcze do lat 80. XX w. wystarczającym warunkiem do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej była umiejętność skoncentrowania się przedsiębiorstwa na wybranym priorytecie konkurowania. Takie stanowisko proponował m.in. M. Porter w swoim modelu konkurowania, przeciwstawiając sobie strategię lidera kosztowego i strategię dyferencjacji oraz sugerując, że brak jednoznaczności w tym wyborze – poprzez „efekt ugrzęźnięcia” – może zdecydowanie osłabić przedsiębiorstwo na rynku (a w konsekwencji pogorszyć także wyniki jej działalności), czy wręcz wyeliminować je z rynku [Porter 1992]. Dziś już nie wystarczy, aby do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej i związanych z nią celów efektywnościowych forsować tylko jeden wyraźnie wyartykułowany kierunek działania, koniecznym staje się wykorzystywanie różnych rozwiązań, które w danych warunkach są najbardziej optymalne dla podmiotu. Również na rynku prywatnych usług zdrowotnych (tu: stomatologicznych) źródła przewagi konkurencyjnej ewoluują od prostych do skomplikowanych i unikatowych, o długim okresie trwania, trudnych do przywłaszczenia i naśladowania. Kreowanie i wykorzystywanie ich wymaga wyższych kwalifikacji – tak *stricte* medycznych, jak i pozamedycznych – dentystów i pozostałych członków personelu gabinetu. Jest to proces przechodzenia od twardych do miękkich wyznaczników konkurencyjności. G. Hamel i C.K. Prahalad twierdzą, że tworzenie przewagi konkurencyjnej jutra to kreowanie i zdominowanie pojawiających się możliwości i szans dla zdobycia przewagi nad nową przestrzenią konkurencyjną [Hamel, Prahalad 1999]. Taką szansą na kreowanie jutra dla dentystów stają się – obok doskonałości *stricte* medycznej – pozamedyczne właściwości świadczonych przez nich usług (w tym jakości obsługi), które kreują wizerunek gabinetu w oczach pacjentów – klientów.

Artykuł ma charakter teoretyczno-empiryczny. Jego celem jest przedstawienie znaczenia jakości obsługi pacjenta w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego jako narzędzia kształtowania długookresowych postaw pacjentów wobec usługodawcy oraz znalezienie odpowiedzi na pytania:

- czy postawy pracowników gabinetów stomatologicznych są zgodne z oczekiwaniami pacjentów?,
- czy pacjent korzystający z usług gabinetu buduje jego pozytywny wizerunek na rynku?,
- czy pacjent, który korzysta z usług tylko jednego stomatologa, jest mniej skłonny do „przejścia” do konkurencji niż pacjent, który nie ma stałego dostawcy świadczenia stomatologicznego?

Jakość obsługi jako instrument konkurowania

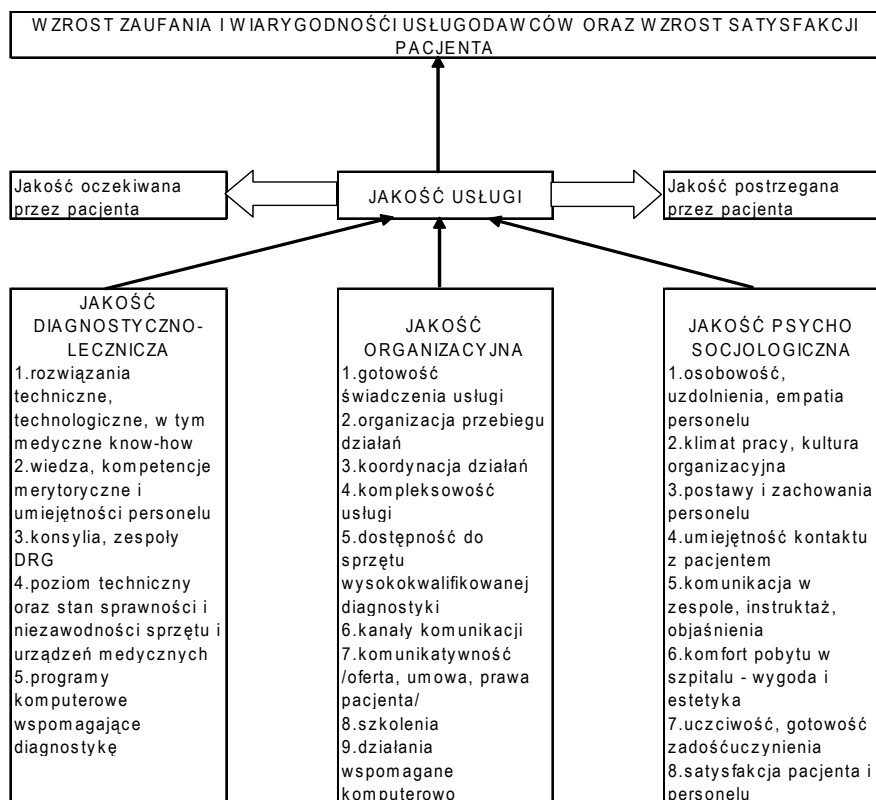
Model tworzenia jakości usług stomatologicznych jest dynamiczny, należy prognozować przyszłe potrzeby odbiorców i próbować dostosowywać oferowane produkty do oczekiwań nabywców. Wymaga to zapewnienia zgodności ze standardami medycznymi w kilku sferach [Opolski, Dykowska, Moździoch 2003, s. 28–30]:

- sfera opieki medycznej obejmuje obszar, w którym pacjent zwraca szczególną uwagę na kontakty interpersonalne, na komunikację ze stomatologiem oraz pozostałymi pracownikami gabinetu, a przejawiające się w ogólnoludzkiej życzliwości, sympatii itp. cechach;
- sfera informacyjna zawiera zasób wiedzy, jaki dostarczany jest pacjentowi¹; bariery pomiędzy stronami wynikają z dystansu tworzącego się pomiędzy pacjentem a stomatologiem, naturalna asymetria wiedzy na tematy zawodowe może zostać sprawnie złagodzona lub gwałtownie powiększona przez personel medyczny;
- sfera techniczna dotyczy wizerunku oraz zachowań okolomedycznych; decydujące są czynniki łatwe w odbiorze przez pacjenta – schludność personelu, wygląd poczekalni, gabinetu czy traktowanie pacjenta zgodnie z zasadami etyki zawodowej i zwykłej grzeczności;
- sfera zarządzania i ekonomii dotyczy z jednej strony gospodarowania zasobami ludzkimi gabinetu stomatologicznego, z drugiej zaś efektywnego wykorzystania środków w ramach limitów przyznawanych przez płatników usług (zarówno pacjentów, jak i NFZ);
- sfera marketingu to spojrzenie na potrzeby pacjenta, jego oczekiwania, dla zoptymalizowania jakości świadczonych usług.

Pacjent będzie dobrze postrzegał gabinet stomatologiczny, jeśli będzie spełniał jego oczekiwania nie tylko w obszarze *stricte* medycznym, ale również organizacyjnym i psychologicznym (por. rysunek 1).

¹ Stomatolog ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W sytuacji wyjątkowej, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, stomatolog może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli wg jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta.

Rys. 1. Determinanty jakości usługi a wiarygodność usługodawcy



Źródło: [Lisiecka 2003, s. 25]

Właściciele/menedżerowie gabinetów stomatologicznych powinni szukać takich rozwiązań, aby gabinety zapewniały jakość na wielu płaszczyznach (a nie tylko w sferze *stricte* medycznej, która przez niektórych dentystów jest traktowana jako jedyny, słuszny przedmiot zainteresowania). Kompleksowe podejście do zapewniania jakości usługi medycznej pozwoli na wykorzystanie efektu synergii, usprawnienie działania gabinetu na wielu płaszczyznach oraz zwiększenie satysfakcji pacjentów, a w konsekwencji również jego konkurencyjności (por. rysunek 2).

Rys. 2. Kaskada jakości w usługach



Źródło: [Gilbert, Parhizgari 2000]

Łańcuch korzyści w usługach wyraźnie obrazuje fakt, iż aby wejść na szczyt (poprawić wynik ekonomiczny dentysty – usługodawcy), należy krok po kroku pokonać każdy stopień:

- poprawa jakości usługi (zarówno w sferze *stricte* medycznej – lepsze materiały i umiejętności zawodowe pracowników, jak i związanej z obsługą – podniesienie poziomu umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej), która przyczyni się do:
- wzrostu satysfakcji pracowników (a w konsekwencji ich lojalności wobec gabinetu), którzy mogą czuć się dumni z tego, że pracują w gabinecie, w którym jakość wyznacza kierunek działania. Zadowolony pracownik stara się wykonywać swoją pracę dobrze, dostarczając tym samym dodatkową wartość klientowi – zadowolenie z empatycznej postawy personelu, co owocuje:
- satysfakcją pacjentów i wzrostem poziomu ich lojalności, która wyraża się m.in. korzystaniem z usług gabinetu w długim okresie. A. Payne wskazuje, że utrzymanie klientów wywołuje wiele pozytywnych skutków dla przedsiębiorstwa, do których należą m.in. [Payne 1996]:
 - * utrzymywanie się podmiotu na rynku (a przychody z działalności satysfakcjonują stomatologa),
 - * koszty sprzedaży, marketingu i rozruchu amortyzują się w dłuższym okresie związku nabywcy usługi z podmiotem,
 - * stali klienci „kupują więcej” w długim okresie,
 - * obsługiwane stałego nabywcy usługi często mniej kosztuje,

- * zadowoleni klienci rekomendują usługi, przez co poszerza się krąg nabywców,
- * zadowoleni klienci chętniej zapłacą wyższą cenę.

Jakość obsługi może stanowić o potencjale konkurencyjności podmiotu, który może być zdefiniowany jako system zasobów² materialnych i niematerialnych umożliwiających przedsiębiorstwu zastosowanie optymalnych instrumentów skutecznego konkurowania na rynkach [Stankiewicz 1999]. W ramach działań podejmowanych przez gabinet stomatologiczny można wyodrębnić trzy typy działań, które odgrywają różną rolę w kształtowaniu przewagi konkurencyjnej:

- działania bezpośrednie – związane są z kreowaniem wartości dla pacjenta – nabywcy usługi zdrowotnej, obejmują np. diagnozowanie, wykonywanie zabiegów, czynności personelu pomocniczego itp.,
- działania pośrednie – mają służyć sprawnej realizacji działań podstawowych, obejmują np. konserwację wyposażenia i urządzeń (np. unitu, komputera), przygotowanie harmonogramu wizyt, sterowanie urządzeniami pomocniczymi (np. aparatem rentgenowskim), zarządzanie personelem itp.,
- działania zabezpieczające jakość – obejmują monitorowanie, testowanie, korygowanie działań w obszarze *stricte* medycznym i pozamedycznym.

We wszystkich obszarach można wskazać działania *stricte* medyczne („tradycyjne” w funkcjonowaniu gabinetów – wynikające z istoty świadczenia zdrowotnego) oraz związane z obsługą pacjenta jako klienta (które dopiero od stosunkowo niedawna znalazły się w centrum zainteresowania dentystów – usługodawców). Ich suma będzie przedmiotem subiektywnej oceny nabywcy usługi. Należy zauważyć, że dla pacjenta łatwiejsze do oceny są pozamedyczne czynniki obsługi (gdyż – ze względu na asymetrię informacji w usługach medycznych – tych *stricte* medycznych nie jest w stanie

² Zasoby, aby mogły się przyczynić do budowania trwałej przewagi konkurencyjnej, powinny posiadać następujące cechy:

- być strategicznie wartościowe – mogą być podstawą wykorzystania szans lub przeciwstawienia się zagrożeniom płynącym z otoczenia placówki,
- charakteryzować się rzadkością posiadania przez obecnych i przyszłych konkurentów,
- być trudne do imitacji i kopiowania przez konkurentów,
- być niemożliwymi do substytuowania przez inne zasoby,
- charakteryzować się dostępnością – tzn. potencjalny nabywca powinien być w stanie za nie zapłacić,
- być komunikatywnymi, co oznacza, że powinny być zrozumiałe i dostępne dla odbiorców. Za [Barney 1991].

profesjonalnie ocenić), dlatego będzie zwracał na nie szczególną uwagę, aby utwierdzić się w przekonaniu o trafności podjętej decyzji zakupowej.

Należy podkreślić, że za jakość usługi odpowiada nie tylko stomatolog, ale cały personel gabinetu, który realizuje część obowiązków w kontaktach z pacjentami, np. przeprowadzenie ankiety dotyczącej jakości obsługi, usuwanie kamienia nazębnego, instruktaż z zakresu higieny jamy ustnej (w tym pokazanie dziecku – pacjentowi na modelu, jak powinno czyścić zęby) itp. Stąd personel gabinetu powinien dysponować nie tylko wiedzą specjalistyczną, ale również powinien posiadać umiejętności z zakresu biznesowego funkcjonowania podmiotu (w tym komunikacji interpersonalnej) [Krawczyńska-Butrym 1999].

Podnoszenie jakości usług (w tym jakości obsługi) jest krokiem w budowaniu wizerunku gabinetu w oczach klientów wewnętrznych i zewnętrznych (por. rysunek 2), zarówno obecnych, jak i potencjalnych. Dlatego powinno być traktowane jako świadome narzędzie kreowania pozycji konkurencyjnej podmiotu.

Kontakt pacjent – dentysta w świetle badań ankietowych

Aby sprawdzić, jak pacjenci oceniają pozamedyczne właściwości usługi stomatologicznej oraz jak te oceny przekładają się na ich postawy wobec gabinetu (np. zmieniają dentystę, stają się ambasadorami gabinetu), w czerwcu 2011 r. zostało przeprowadzone badanie ankietowe. Wzięło w nim udział 279 respondentów (150 kobiet i 129 mężczyzn). Większość respondentów (57,6%) korzystała z usług wyłącznie jednego stomatologa, 21% badanych deklarowało korzystanie z usług jednego dentysty, ale w sytuacji gdy nie potrafi on poradzić sobie z jakimś zabiegiem, korzystają z usług innego stomatologa; pozostała część badanych korzysta z usług różnych dentystów. Charakterystykę respondentów z punktu widzenia sposobu opłacania wizyty przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Sposób finansowania wizyty w gabinecie stomatologicznym przez respondentów

Sposób finansowania wizyty u dentysty	Odpowiedzi (%)
Finansowane przez NFZ	10,6%
Finansowane przez NFZ, ale za „lepsze” materiały pacjent dopłaca w kasie gabinetu (oficjalnie)	22%
Finansowane przez NFZ, ale za „lepsze” materiały pacjent dopłaca nieoficjalnie	2,5%

Finansowane przez NFZ w jednym gabinecie, w innym leczy się prywatnie (tj. opłaca wizytę z „własnej kieszeni”)	9,7%
Leczy się wyłącznie prywatnie i sam opłaca wizyty u stomatologa	54,5%
Leczy się wyłącznie prywatnie, a wizyty u stomatologa opłaca mu pracodawca	0,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Większość respondentów za usługi stomatologiczne płaci bądź dopłaca z „własnej kieszeni” (tylko 1 na 10 zadeklarował, że leczy się wyłącznie ze środków NFZ). Tak więc wnioski płynące z przeprowadzonego badania będą kierowane do podmiotów, które funkcjonują na rynku usług zdrowotnych na zasadach typu *for profit*, choć nie należy wykluczać możliwości ich aplikacji w placówkach publicznych.

W tabeli 2 zostały przedstawione wybrane³ oczekiwania pacjentów wobec personelu gabinetu stomatologicznego. Znamienne jest, że dominanta we wszystkich obszarach wyniosła 5.

Tab. 2. Wskazania pacjentów dotyczące poziomu oczekiwań względem postaw personelu gabinetu stomatologicznego

Oczekiwania pacjenta	1	2	3	4	5	Śr.	Dom.	Od.st.
Personel powinien dawać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa	0,4%	2,2%	2,2%	26,4%	69,0%	4,61	5,0	0,67
Informacja w trakcie leczenia powinna być wyczerpująca	0,4%	2,2%	4,7%	28,9%	63,9%	4,54	5,0	0,72
Dentysta powinien starać się rozpoznać potrzeby pacjenta (np. w zakresie stomatologii estetycznej)	0,4%	4,0%	9,9%	34,9%	50,7%	4,32	5,0	0,84
Dentysta powinien rozmawiać z pacjentem o jego problemach zdrowotnych i profilaktyce	1,1%	2,9%	12,7%	30,2%	53,1%	4,31	5,0	0,88
Dentysta nie powinien „naciskać” na pacjenta, aby zdecydował się na droższe leczenie	3,7%	7,0%	11,5%	31,1%	46,7%	4,1	5,0	1,09

³ W badaniu respondenci mieli do oceny blisko 40 czynników. W tabeli zamieszczone są te, które korespondują z celem niniejszego artykułu.

Dentysta powinien rozmawiać z pacjentem językiem pozbawionym specjalistycznych sformułowań	0,7%	3,6%	9,8%	41,5%	44,4%	4,25	5,0	0,83
--	------	------	------	-------	-------	------	-----	------

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Oznaczenia w główce tabeli odpowiadają rodzajowi udzielonej odpowiedzi:

- 1 - na pewno nie,
- 2 - raczej nie,
- 3 - trudno powiedzieć,
- 4 - raczej tak,
- 5 - na pewno tak.

W kategorii oczekiwań priorytetem dla pacjentów w gabinecie stomatologicznym jest poczucie bezpieczeństwa – oczekiwanie 95,4% respondentów. Pacjenci chcą, aby dentysta rozmawiał z nimi „po ludzku”⁴ (85,9% respondentów), rozmawiał o ich potrzebach (85,6% wskazań) i profilaktyce oraz problemach zdrowotnych (83,3%) w taki sposób, aby informacja w trakcie leczenia była wyczerpująca (92,8%). Ponadto pacjenci oczekują od stomatologa, że będzie on unikał „zachęcania” pacjenta do drogiego leczenia (77,8%).

W trakcie badania respondenci zostali poproszeni o ocenę swoich odczuć związanych z przebiegiem wizyty w gabinecie stomatologicznym (por. tabela 3).

Tab. 3. Wskazania pacjentów dotyczące ocen kontaktów z personelem gabinetu stomatologicznego

Ocena funkcjonowania gabinetu	1	2	3	4	5	Śr.	Dom.	Od.st.
Poczucie bezpieczeństwa, jakie pacjent ma w gabinecie	2,2%	4,7%	6,2%	31,3%	55,6%	4,33	5	0,95

⁴ Takiego sformułowania użyło kilkoro ankietowanych w odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące cech „idealnego dentysty”.

Pracownicy gabinetu w rzetelny sposób przedstawiają pacjentowi korzyści, których dostarczy mu określona usługa	1,5%	9,6%	16,9%	46,3%	25,7%	3,85	4	0,96
Pracownicy gabinetu zachęcają pacjenta do pełnego opisanie jego potrzeb związanych z usługą	2,6%	18,7%	26,0%	35,5%	17,2%	3,46	4	1,06
Pracownicy życzliwie traktują sugestie i uwagi pacjenta	1,1%	4,0%	16,4%	47,4%	31,0%	4,03	4	0,86
Stomatologa interesują tylko zęby, a nie pacjent jako człowiek	10,8%	25,7%	32,8%	20,9%	9,7%	2,93	3	1,13
Pracownicy gabinetu poświęcają więcej czasu na to, aby przekonać pacjenta do skorzystania z usługi niż na dowiadywanie się o potrzebach pacjenta	12,7%	39,2%	28,4%	14,2%	5,6%	2,61	2	1,06
Stomatologa interesują tylko pieniądze pacjenta a nie jego problemy zdrowotne	25,3%	40,1%	23,8%	7,1%	3,7%	2,24	2	1,03

Pracownicy potrafią w jasny sposób przekazać pacjentowi swoją wiedzę dotyczącą specyfiki usługi	2,2%	8,5%	16,2%	48,3%	24,7%	3,85	4	0,96
---	------	------	-------	-------	-------	------	---	------

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Oznaczenia w główce tabeli takie, jak w tabeli 2.

Blisko 10% mniej pozytywnych wskazań niż w oczekiwaniach otrzymało osiągnęte przez pacjentów poczucie bezpieczeństwa w gabinecie (a więc w tym zakresie dentysta – usługodawca ewidentnie powinien podjąć kroki zmierzające do podniesienia satysfakcji pacjenta – klienta, jeśli chce usatysfakcjonować nabywców swoich usług). W opinii 72% respondentów pracownicy gabinetu rzetelnie przedstawiają pacjentom korzyści z konkretnego świadczenia medycznego, a 11,1% negatywnie oceniło swoich dentystów (i ich personel) w tym zakresie. Podobnie została oceniona jasność wypowiedzi – pozytywnych ocen 73%, a negatywnych – 10,7%. Dominującą oceną w zakresie omawianych zagadnień była 4, co wobec oczekiwań na poziomie 5, daje lukę doskonałości w komunikacji personelu gabinetu z pacjentem. Nieco ponad połowa badanych (52,7%) pozytywnie oceniła poziom zainteresowania pracowników gabinetu potrzebami pacjentów. Niemal 1/5 respondentów uważa, że dentysta więcej czasu poświęca na przekonanie pacjenta do leczenia niż poznanie jego potrzeb. Tylko 36,5% respondentów czuje, że dentysta traktuje „pacjenta jak człowieka”, podczas gdy 30,6% ma odczucie, że „poza zębami” właściwie już nic więcej nie widzi (zatem stomatolodzy wg blisko 1/3 badanych powinni bardziej holistycznie traktować osoby, które stają w drzwiach gabinetu, jeśli chcą wpłynąć na poczucie satysfakcji pacjenta z kontaktów z personelem gabinetu). Dominanta oceny tego pytania wyniosła 3, więc można rekomendować stomatologom, aby zajmowali bardziej czytelne – dla pacjentów – stanowisko w tym zakresie. Bardziej budujące były odpowiedzi na pytanie odnoszące się do przekonania pacjenta co do „zainteresowania” dentysty pieniędzmi *vs* zainteresowanie problemami zdrowotnymi pacjenta: 1 na 10 respondentów uważa, że stomatologa interesują tylko pieniądze a nie problemy zdrowotne pacjenta, przeciwnego zdania jest 65,4% badanych, ale niezdecydowani w tej kwestii to blisko 1/2 ankietowanych. Dominanta dla tego pytania to odpowiedź: „raczej nie”.

Reasumując, odpowiedź na postawione we wstępie pytanie: „Czy postawy pracowników gabinetów stomatologicznych są zgodne z oczekiwaniami pacjentów?” jest negatywna. Nie ma zbyt drastycznych różnic w poziomie oczekiwań i wysokości not oceniających pracę gabinetu, nie mniej jednak różnice są i to zawsze na niekorzyść pracowników gabinetów stomatologicznych.

Aby odpowiedzieć na pytanie: „Czy pacjent korzystający z usług gabinetu buduje jego pozytywny wizerunek na rynku?”, zapytano pacjentów, czy poleciliby swojego dentystę innym osobom. Rozkład odpowiedzi przedstawiony jest w tabeli 4.

Tab. 4. Chęć rekomendowania dentysty przez pacjenta a charakter korzystania z usług

Odpowiedź na pytanie: czy pacjent poleciłby swojego obecnego dentystę innym osobom?	A	B	C
Zdecydowanie tak	85,6%	84,5%	61,4%
Tak, ale tylko w sytuacji gdyby nie było innego rozwiązania	13,8%	15,5%	26,3%
Raczej nie	0,0%	0,0%	8,8%
Zdecydowanie nie	0,6%	0,0%	3,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Oznaczenia w główce tabeli odnoszą się do charakteru kontaktów pacjent – dentysta, i tak:

A – pacjent korzysta z usług wyłącznie jednego dentysty;

B – pacjent korzysta z usług jednego dentysty, ale w sytuacji gdy nie potrafi on poradzić sobie z jakimś zabiegiem, korzysta z usług innego stomatologa;

C – pacjent korzysta z usług różnych dentystów.

Marketing szeptany w wykonaniu pacjentów jest znacznie bardziej wiarygodny niż przekaz informacyjny gabinetu (np. wykorzystujący stronę www). W przypadku, gdy personel gabinetu rozpoznał potrzeby pacjentów oraz potrafił je zaspokoić przekaz jest pozytywny i pacjent buduje pozytywny wizerunek „swojego dentysty”⁵, w sytuacji braku satysfakcji pacjent nie tylko nie będzie rekomendował gabinetu, ale może również przyczynić się do kreowania negatywnego wizerunku gabinetu w oczach potencjalnych pacjentów.

Pacjenci, którzy korzystają z usług jednego stomatologa stanowili 79% respondentów i niemal wszyscy (oprócz jednego wskazania) poleciliby swo-

⁵ Wg szacunków ekspertów z Mayo Clinic, przeciętny pacjent dzieli się informacją dotyczącą swojego leczenia z 39 osobami, co mnożąc przez liczbę pochlebnych opinii – daje liczbę 18 milionów osób posiadających pozytywną opinię na temat Mayo Clinic. Za [Huff 2007].

jego dentystę innym osobom (w tym 85% bezwarunkowo), zasługują więc na miano ambasadorów gabinetu. Rozkład odpowiedzi wśród pacjentów korzystających z usług różnych stomatologów był już inny – 12,3% respondentów nie poleciliby aktualnego dentysty innym osobom (i prawdopodobnie nadal będą szukać „tego swojego usługodawcy”). Natomiast 61,4% respondentów poleciliby aktualnego dentystę innym (otwartym pozostaje pytanie: czy znaleźli już „swojego dentystę”, czy też w ten sposób próbują uwiarygodnić swój wybór). Tak więc odpowiedź na pytanie badawcze nie może być jednoznaczna – pacjenci lojalni wobec gabinetu są jego ambasadorami, natomiast ci, którzy nie mają „swojego” usługodawcy („poszukujący”) mogą przyczyniać się do budowy negatywnego wizerunku.

Kolejny obszar badawczy został wyznaczony przez problem: „źródło lojalności pacjentów – czy wynika ona z faktu, że gabinet rzeczywiście zaspokaja ich potrzeby, czy też raczej jest to lojalność pasywna, wynikająca z inercji pacjenta”. D. Siemieniako twierdzi, że lojalność pacjentów powinna być rozumiana w ujęciu relacyjnym – wówczas dotrzymywanie obietnic jest najlepszym wyrazem lojalności gabinetu stomatologicznego wobec pacjentów –klientów i szansą na lojalność pacjenta wobec gabinetu. Nastawienie na spełnianie obietnic stwarza szanse autentycznej wzajemności w relacji między dentystą/personelem pomocniczym a pacjentem. Każdorazowe dotrzymanie obietnicy ze strony gabinetu powinno potwierdzać w pacjencie przekonanie, że podjęta decyzja o zaufaniu tej konkretnej placówce była słuszna [Siemieniako 2010]. W tabeli 5 przedstawiony jest rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy pacjent, który korzysta z usług tylko jednego stomatologa jest mniej skłonny do „przejścia” do konkurencji, niż pacjent, który nie ma stałego dostawcy świadczenia stomatologicznego?”.

Tab. 5. Chęć rezygnacji z usług dentysty a charakter korzystania z usług przez pacjenta

Odpowiedź na pytanie: czy pacjent rozważał rezygnację z usług swojego obecnego dentysty?	A	B	C
Nie, nigdy	77,8%	57,4%	41,5%
Tak, ale nie podjął żadnych działań w tym kierunku	14,6%	29,6%	43,4%
Tak i szukał jakiego innego stomatologa	7,6%	13,0%	15,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Oznaczenia w główce tabeli takie, jak w tabeli 5.

Przeszło $\frac{3}{4}$ pacjentów korzystających z usług wyłącznie jednego stomatologa zadeklarowało, że nigdy nie rozważało zmiany stomatologa. Wśród

pozostałych grup odsetek ten jest zdecydowanie niższy. Pacjenci, którzy od lat leczą się u tego samego stomatologa mogą nie być w pełni zadowoleni z poziomu jakości usług, ale nie podejmują żadnych działań, żeby to zmienić (lojalność z inercji dotyczy 14,6% respondentów w tej grupie). Dane przedstawione w tabeli 5 pozwalają pozytywnie odpowiedzieć na trzecie pytanie postawione w celu pracy – pacjent, który korzysta z usług jednego dentysty jest mniej skłonny do zmiany usługodawcy (w długim okresie pozostaje nabywcą, co wpływa na efektywność funkcjonowania podmiotu). Interesujący dla dentystów może być fakt, że nawet jeśli pacjenci rozważają rezygnację z usług swojego obecnego stomatologa, to częściej nie podejmują żadnych działań w tym kierunku, niż próbują doprowadzić do zmiany usługodawcy.

Zakończenie

Powszechna filozofia jakości kładzie nacisk na główne cele strategii podmiotu i obejmuje [Frąs 2007, s. 146]:

- wymagania i oczekiwania klienta – należy dążyć do uzyskania wyższego poziomu satysfakcji klienta poprzez zaspokojenie jego potrzeb – skoncentrowanie się na kliencie (zarówno na pacjencie i pracowniku, jak i NFZ);
- zaangażowanie, które dotyczy współpracy zarówno z klientami gabinetu, jak i jego dostawcami (np. materiałów stomatologicznych) i podwykonawcami (np. w zakresie prac protetycznych), w celu osiągnięcia wysokiej jakości usług; konieczne jest uświadomienie każdemu pracownikowi, że jest elementem wewnętrznego łańcucha zależności usługodawca – klient i od jego postawy zależy ostateczny efekt w zakresie poprawy jakości,
- odpowiedzialność na wszystkich poziomach – obowiązuje i dotyczy wszystkich pracowników (bez względu na szczebel w hierarchii zarządzania i charakter wykonywanej pracy – białą personel i pracownicy administracyjni oraz zajmujący się usługami pomocniczymi);
- ciągle doskonalenie jakości usług – wymaga stałego zaangażowania w podnoszenie aktualnego poziomu jakości usług, wymaga także uznania że dążenie do doskonałej jakości usług jest stałą cechą działalności danego gabinetu stomatologicznego.

Reasumując, należy wskazać, że do najistotniejszych korzyści wynikających z wdrożenia projakościowych działań w gabinecie stomatologicznym, można zaliczyć korzyści rynkowe związane ze zmianą wizerunku gabinetu stomato-

logicznego i postrzegania go przez potencjalnych nabywców świadczeń zdrowotnych i innych uczestników rynku oraz korzyści wewnętrzne, obejmujące usprawnienie pracy gabinetu stomatologicznego. Kluczowymi korzyściami zewnętrznymi uzyskanymi przez stomatologa są [Maciąg 2006]:

- budowanie pozytywnego wizerunku gabinetu w oczach klientów (zewnętrznych i wewnętrznych, zarówno obecnych, jak i przyszłych);
- umocnienie pozycji na rynku poprzez uzyskanie przewagi konkurencyjnej;
- zdobycie nowych pacjentów oraz wzrost zaufania pacjentów do gabinetu;
- wzrost zadowolenia pacjentów i poprawa stosunków z nimi.

Natomiast do korzyści wewnętrznych można zaliczyć [Lisiecka 2003, s. 64]:

- świadczenie usług na ustabilizowanym i gwarantowanym poziomie,
- wpisanie procesu poprawy i doskonalenia jakości usług w kulturę pracy gabinetu stomatologicznego,
- podnoszenie stopnia satysfakcji pacjentów i pracowników,
- utrzymanie i doskonalenie standardów jakości (zarówno *stricte* medycznych, jak i związanych z obsługą pacjentów),
- odkrycie i minimalizacja obszarów marnotrawstwa w pracy gabinetu stomatologicznego,
- obniżanie kosztów funkcjonowania.

Bibliografia

Barney J. (1991), *Firm resources and sustained competitive advantage*, „Journal of Management” nr 2.

Frąs J. (2007), *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 466, Szczecin.

Gilbert G.R., Parhizgari A.M. (2000), *Organizational effectiveness indicators to support service quality*, „Managing Services Quality” nr 1, za: Sobkowska M., Opala T., *Efektywność pracy i jakość opieki medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej* [w:] Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E. (red.) (2009), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa.

Hamel G., Prahalad C.K. (1999), *Przewaga konkurencyjna*, Business Press, Warszawa.

Huff Ch. (2007), *How „Wower” are your patients?*, „Hospital&Health Network”, November.

Krawczyńska-Butrym Z. (1999), *Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku*, „Pielęgniarstwo 2000” nr 1.

Lisiecka K. (2003), *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych* [w:] Lisiecka K. (red.) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, IPiS, Warszawa.

Maciąg A. (2006), *Jakość jako element budowania pozytywnego wizerunku placówki medycznej na rynku usług medycznych* [w:] Karasiewicz G. (red.) *Ochrona zdrowia – wizerunek, marketing, rynek*, IPiS, Warszawa.

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.

Payne A. (1996), *Marketing usług*, PWE, Warszawa.

Porter M.E. (1992), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów, konkurentów*, PWE, Warszawa.

Siemieniako D. (2010), *Lojalność klientów – historia czy współczesność marketingu?*, „Marketing i Rynek” nr 5.

Stankiewicz M.J. (pod red.) (1999), *Budowanie potencjału konkurencyjności przedsiębiorstwa*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń.

Janusz Chęłchowski, Brygida Kondracka
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
w Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

System przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym w doskonaleniu zarządzania organizacją

Streszczenie: Zjawisko korupcji może wystąpić w każdej organizacji i w każdym przypadku ma ono negatywny wydźwięk. Szczególnie wrażliwym społecznie obszarem jest ochrona zdrowia. Mając tego świadomość w 2010 r. w Szpitalu MSW w Olsztynie podjęto decyzję o wdrożeniu Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym. Opracowujący wyszli z założenia, że będzie on stanowił zintegrowany system zarządzania organizacją z wcześniej wdrożonym systemem zarządzania jakością, środowiskiem, bezpieczeństwem i higieną pracy, systemem bezpieczeństwa informacji oraz standardami akredytacyjnymi.

Konsekwencją wdrożenia tego systemu jest zadeklarowanie woli uczciwości i rzetelności w działaniu, w zakresie wdrażania polityki rozwiązań ograniczających i eliminujących możliwość wystąpienia zagrożeń związanych z korupcją oraz ciągłe ich doskonalenie, zgodnie z wymaganiami zawartymi w systemie.

Corruption hazard counteracting system in improvement of organizational management

Abstract: The corruption phenomenon is likely to occur in any organization and it has a negative implication in any case. Health protection is an area particularly sensible in social terms. Being aware of it, in 2010, in the Hospital at the Ministry of Internal affairs in Olsztyn a decision was made to implement the Corruption Hazard Counteracting System. The persons preparing the system assumed that it would constitute an integrated organizational management system with the previously implemented quality management system, environmental management system, OHS management system, information security system as well as accreditation standards.

A consequence of implementation of this system is the declaration of fairness and reliability in action, in the scope of implementing the policy of solutions restricting and eliminating the possibility of hazards associated with corruption and their constant improvement, according to the requirements contained in the system.

Dynamiczny rozwój gospodarczy Polski przyczynił się w istotny sposób do zmian w funkcjonowaniu przedsiębiorstw. Urynkowienie gospodarki, a przez to wzrost konkurencji, zmieniające się otoczenie i stały proces rywalizacji o przewagę rynkową stały się przyczyną zainteresowania biznesu nowoczesnymi narzędziami zarządzania.

Patrząc z perspektywy systemowego zarządzania podmiotem leczniczym szczególnie ważne dla wizerunku organizacji w oczach jej pacjentów jest jej zachowanie etyczne, którego istotnym elementem jest przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym.

Zjawisko korupcji może wystąpić w każdej organizacji i w każdym przypadku będzie miało negatywny wydźwięk społeczny. Jednakże najbardziej społecznie szkodliwe są przypadki korupcji – i związanego z tym łamania prawa – w ochronie zdrowia. Mając tego świadomość w 2010 r. w Szpitalu MSW w Olsztynie podjęto decyzję o wdrożeniu Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym. Opracowujący wyszli z założenia, że będzie on stanowił zintegrowany system zarządzania organizacją z wcześniej wdrożonym systemem zarządzania jakością, środowiskiem, bezpieczeństwem i higieną pracy, systemem bezpieczeństwa informacji oraz standardami akredytacyjnymi.

Silną stroną wymagań akredytacyjnych jest ich bezpośrednie odniesienie do specyfiki usług medycznych. Standardy ISO zaś mają wymiar międzynarodowy, są uniwersalne i pełniej pokrywają sferę zarządzania tymi usługami. Przykład Szpitala MSW w Olsztynie jest dowodem na to, że nie muszą funkcjonować odrębnie. Możliwa jest ich integracja, co przynosi organizacji wymierne korzyści. Dzięki uwspólnieniu niektórych procesów i dokumentów poprawia się skuteczność i efektywność wdrożonych systemów.

Zgodnie z zasadą synergii, w myśl której całość to więcej niż suma składników, integracja przynosi dodatkowe profity, których nie uzyskamy w pojedynczych systemach. Do głównych korzyści integracji systemów należą:

- zapewnienie równego traktowania problemów objętych systemem zarządzania – niedyskryminowanie jednego obszaru na rzecz innego,
- zarówno metodyka opracowywania jak i forma procedur są jednakowe w odniesieniu do wszystkich systemów,
- zapobieganie dublowaniu się procesów i procedur,
- ujednolicenie dokumentacji systemu,
- jednolity sposób nadzoru nad dokumentacją,
- prowadzenie wspólnych audytów wewnętrznych, działań korygujących i zapobiegawczych oraz jednego przeglądu zarządzania,

- jednolity cykl doskonalenia systemu,
- zapobieganie dublowaniu się stanowisk takich, jak pełnomocnicy systemów czy audytorzy. Do prowadzenia audytów wdrożonych systemów jest przewidziana ta sama grupa pracowników. Szkolenia audytorów, dotyczące metodyki i zasad prowadzenia audytów, w tym dokumentowania działań, są te same,
- szkolenia personelu zawierają tematykę związaną ze wszystkimi systemami i są przeprowadzane wspólnie,
- niższe koszty utrzymania jednego systemu.

Integracja systemów zgodnych z ISO 9001, 14001, 27001, PN-EN 18001 oraz Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym jest ułatwiona dzięki temu, że wszystkie te standardy dotyczą obszaru zarządzania i we wszystkich funkcjonują podobne procesy i procedury. Do obszarów wspólnych należą m.in.:

- odpowiedzialność kierownictwa,
- przeglądy systemu realizowane przez kierownictwo,
- wewnętrzne audyty,
- ciągle doskonalenie,
- działania korygujące i zapobiegawcze.

Przyczyną wdrożenia Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym było zminimalizowanie prawdopodobieństwa wystąpienia w szpitalu zjawisk niepożądanych o charakterze korupcyjnym poprzez identyfikację w procesach (działaniach) procedur decyzyjnych zagrożonych wystąpieniem takich zjawisk oraz bieżący monitoring wszystkich procesów, w których istnieje potencjalna możliwość wystąpienia zagrożenia korupcyjnego.

Konsekwencją wdrożenia tego systemu jest zadeklarowanie woli uczciwości i rzetelności w działaniu oraz konsekwencji w zakresie wdrażania tej polityki, wyrażającej się w stworzeniu rozwiązań eliminujących lub ograniczających możliwość wystąpienia zagrożeń związanych z korupcją oraz ciągle doskonalenie, zgodnie z wymaganiami zawartymi w systemie. Przez wdrożenie należy zatem rozumieć spełnienie wszystkich wymagań, zarówno opisanych normą ISO 9001, jak i przywołanych w dodatkowych 27 wymaganiach Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym.

Ponieważ wystąpienie jakiegokolwiek przejawu korupcji, lub ujmując szerzej naruszenia przyjętych powszechnie norm prawnych i moralnych, warunkuje postawa człowieka, we wdrażanym systemie szczególny nacisk położony został na kształtowanie świadomości pracowników na wszystkich poziomach zarządzania organizacją. Temu celowi zostały podporząd-

kowane wszystkie działania i procedury przyjęte w systemie (szkolenia, motywacja, komunikacja wewnętrzna, klimat, przywództwo itp).

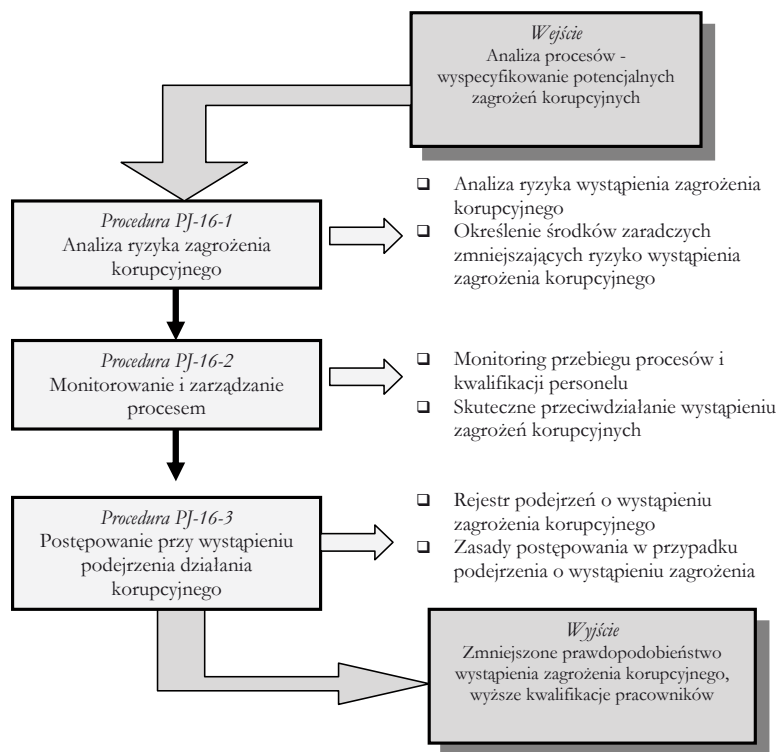
Wdrożenie Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym i przeprowadzona w wyniku wdrożenia specyfikacja zagrożeń korupcyjnych w poszczególnych procesach oraz przyjęte działania zapobiegawcze zostały uwidocznione w działających procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Ponadto wprowadzono do ZSZ nowy proces „Zarządzanie ryzykiem wystąpienia zagrożenia korupcyjnego”, w którym zawarto procedury wynikające z wymagań dodatkowych systemu, a mianowicie: PJ-16-1 Analiza ryzyka zagrożenia korupcyjnego, PJ-16-2 Monitorowanie i zarządzanie procesem, PJ-16-3 Postępowanie przy wystąpieniu podejrzenia działania korupcyjnego.

W celu zidentyfikowania obszarów wrażliwych opracowana została procedura określająca tryb przeprowadzenia analizy ryzyka zagrożenia korupcyjnego. Analiza przeprowadzana jest dla wszystkich procesów objętych Zintegrowanym Systemem Zarządzania i dotyczy wszystkich komórek organizacyjnych i umożliwia uzyskanie odpowiedzi między innymi na poniższe pytania:

- Co złego, (jakie zagrożenie) może się wydarzyć i z jakim prawdopodobieństwem?
- Jakie będą konsekwencje wystąpienia zagrożenia i jakie będą straty z tego tytułu, zarówno dla Szpitala jak i podmiotów współdziałających? Pojęcie „straty” odnosi się zarówno do strat materialnych, wyrażanych w wartościach pieniężnych, jak i strat pozamaterialnych (na przykład utrata zaufania klientów – pacjentów, utrata wiarygodności w ocenach władz zwierzchnich, władz samorządowych, itp.).
- Jak duże ryzyko może być do przyjęcia i jak to ryzyko można określić?
- Jak można złagodzić ryzyko?
- Jakie będą koszty zabezpieczeń?

Analizę ryzyka, obejmującą wszystkie etapy procesu, przeprowadza zespół pracowników uczestniczących w danym procesie oraz komórek organizacyjnych (procesów) współuczestniczących w realizacji procesu (dostawcy i odbiorcy wewnętrzni – klienci wewnętrzni), pod kierunkiem właściciela procesu. Optymalna ilość członków zespołu przeprowadzającego analizę wynosi 3–10 osób.

Rys. 1. Algorytm procesu XVI Zarządzanie ryzykiem wystąpienia zagrożenia korupcyjnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów Zintegrowanego Systemu Zarządzania ZOZ MSW w WMCO w Olsztynie

Zespół analizuje kolejne etapy realizacji procesu oraz identyfikuje i specyfikuje (na przykład metodą „burzy mózgów”) potencjalne zagrożenia korupcyjne, jakie mogą wystąpić w poszczególnych etapach. Określa miejsca w procesie najbardziej narażone na zagrożenia oraz pracowników realizujących zadania w tych miejscach. Następnie zespół szacuje wartość ryzyka wystąpienia zagrożenia tam, gdzie zostało ono zidentyfikowane, zgodnie z regułą:

$$R = P_w \times P_s \times P_n$$

gdzie:

R – liczba priorytetowa ryzyka

P_w – parametr wystąpienia

P_s – parametr skutków

P_n – parametr niewykrycia.

Parametry P_w , P_s i P_n mogą otrzymywać wartości od 1 do 5, zgodnie z kryteriami określania liczby ryzyka przedstawionymi w poniższej tabeli.

Tab. 1 Kryteria analizy ryzyka

Liczba ryzyka	Określenie ryzyka	Współczynnik wystąpienia (P_w)	Współczynnik skutków (P_s)	Współczynnik niewykrycia (P_n)
Atrybuty		- czy są zainteresowani uzyskaniem korzyści na skutek działania korupcyjnego? - jaki są kryteria podejmowania decyzji? - jaki są doświadczenia (czy już się zdarzyło - w procesie lub w innej organizacji)?	Skutki dla stron zainteresowanych (m.in. finansowe, wizerunek organizacji).	- jak przebiega monitorowanie procesu i nadzór w procesie? - czy jest hierarchiczność lub kooperacja w podejmowaniu decyzji? - jaki są stosowane mechanizmy i narzędzia kontroli?
1	Nie istnieje	- w procesie nie ma uczestników zainteresowanych uzyskaniem korzystnej decyzji, - przyjęte w tym obszarze zasady podejmowania decyzji całkowicie eliminują dowolność rozstrzygnięć, - nie wystąpiło zdarzenie korupcyjne.	Podjęta decyzja nie pociąga żadnych niekorzystnych skutków dla klientów procesu, otoczenia lub organizacji.	Przyjęte rozwiązania gwarantują całkowitą wykrywalność podjęcia decyzji arbitralnej.
2	Minimalne	Gdy występuje jeden z wymienionych z warunków: - w procesie mogą wystąpić uczestnicy zainteresowani uzyskaniem korzystnej decyzji; - przyjęte zasady umiarkowanie eliminują dowolność rozstrzygnięć; - czasami się zdarza.	Decyzja nie pociąga żadnych bezpośrednich skutków finansowych dla klientów procesu, otoczenia lub organizacji, natomiast skutki, które mogą wystąpić nie mają istotnego znaczenia z punktu widzenia wszystkich stron zainteresowanych.	Zasady monitorowania i nadzoru oraz mechanizmy i narzędzia kontroli procesu dają możliwość niewykrycia decyzji arbitralnych, a w procesie brak jest hierarchiczności lub kooperacji przy podejmowaniu decyzji.

3	Średnie	Zachodzą 2 z 3 warunków: • w procesie mogą wystąpić uczestnicy zainteresowani uzyskaniem korzystnej decyzji; • przyjęte zasady umiarkowanie eliminują dowolność rozstrzygnięć; • czasami się zdarza.	Decyzja może mieć zauważalnie niekorzystne skutki dla klientów procesu, otoczenia lub organizacji w tym skutki finansowe.	Zasady monitorowania i nadzoru procesu stwarzają możliwość niewykrycia decyzji arbitralnych, ale w procesie istnieje hierarchiczność podejmowania decyzji.
4	Wysokie	Zachodzą 2 z 3 warunków: • w procesie występują uczestnicy zainteresowani uzyskaniem korzystnej decyzji; • przyjęte zasady nie eliminują dowolności rozstrzygnięć; • często się zdarza	Decyzja może mieć zauważalne niekorzystne skutki dla klientów procesu, otoczenia lub organizacji, w tym skutki finansowe.	Zasady monitorowania i nadzoru oraz mechanizmy i narzędzia kontroli procesu dają niewielką możliwość wykrycia decyzji arbitralnych, a w procesie jest mała hierarchiczność podejmowania decyzji oraz istnieje kooperacja.
5	Pewne	Zachodzą wszystkie warunki: • w procesie występują uczestnicy zainteresowani uzyskaniem korzystnej decyzji; • przyjęte zasady nie eliminują dowolności rozstrzygnięć; • często się zdarza.	Decyzja z pewnością będzie mieć bardzo poważne skutki dla klientów procesu, otoczenia lub organizacji, w tym skutki finansowe znacznej wartości.	W procesie nie funkcjonują zasady monitorowania i nadzoru, brak także mechanizmów i narzędzi kontroli procesu oraz nie istnieje hierarchiczność ani kooperacja przy podejmowaniu decyzji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów ZSZ ZOZ MSW z WMCO

Przy obliczaniu liczby priorytetowej ryzyka uwzględniono istniejące mechanizmy i kryteria monitorowania oraz nadzoru analizowanych procesów i ich elementów, przyjęte w Zintegrowanym Systemie Zarządzania.

Dla zagrożeń, których liczba priorytetowa ryzyka przekroczyła przyjętą wartość dopuszczalną 36, określono i podjęto natychmiastowe działania zapobiegawcze w celu zmniejszenia ryzyka lub wdrożenia zasad walidacji. Dla zagrożeń o mniejszej liczbie ryzyka można przyjąć zasadę, że będą one eliminowane (zmniejszane) poprzez działania systemowe, przyjęte w ZSZ

(audyty wewnętrzne, działania korygujące i zapobiegawcze, monitorowanie i zarządzanie procesem, przegląd systemu przez kierownictwo).

Wyniki analizy zagrożeń w poszczególnych procesach są zawarte w Karcie analizy zagrożeń, którą przedstawia poniższa tabela 2.

Procedura określa również sposób postępowania ze zidentyfikowanymi obszarami, w których stwierdzono wyższe wartości liczby priorytetowej ryzyka.

Tab. 2 Karta analizy zagrożeń

Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie							
Data:		Proces: Uczestnicy:					
Zatwierdził:		Podpis:				$R = P_w \times P_s \times P_n$	
Element procesu	Zagrożenie	P_w	P_s	P_n	R	$R \geq$	Numer Karty działań zapobiegawczych

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów Zintegrowanego Systemu Zarządzania ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie

W wyniku analizy zidentyfikowano procesy, w których ryzyko wystąpienia zagrożenia korupcyjnego jest najbardziej prawdopodobne i objęto je właściwym nadzorem, w tym monitorowaniem. Zasady monitorowania i pomiarów procesów decyzyjnych, w których potencjalnie mogą wystąpić zagrożenia korupcyjne – jak zresztą i pozostałych procesów – zostały określone odpowiednimi procedurami, opracowanymi dla potrzeb Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Ponadto wprowadzono dodatkową procedurę „Monitorowanie i zarządzanie procesem”, której celem jest zapewnienie warunków organizacyjnych, technicznych, ekonomicznych i personalnych gwarantujących sprawność i efektywność zarządzania i monitorowania procesem.

W stosunku do procesów, w których liczba ryzyka wystąpienia zagrożenia korupcyjnego przekracza przyjętą w szpitalu wielkość 36, zostały opracowane specjalne działania zapobiegawcze, ujęte w „Karcie działań zapobiegawczych”, w których istotnym działaniem jest szczególne monitorowanie przebiegu procesów. Ponadto właściciele tych procesów zostali zobowiązani do składania informacji z monitorowania procesów na okresowe przeglądy systemu przez kierownictwo.

Zasady oraz tryb postępowania w przypadku wystąpienia działania korupcyjnego lub podejrzenia wystąpienia zagrożenia korupcyjnego, a także odpowiedzialność i uprawnienia dotyczące dalszego postępowania określone zostały w procedurze „Postępowanie przy wystąpieniu podejrzenia działania korupcyjnego”. Istotna uwaga jest zwracana na wszelkie skargi i spostrzeżenia klientów – pacjentów, które mogą sugerować podejrzenie wystąpienia zjawiska korupcji.

Stopień realizacji celów bezpośrednich szpitala w zakresie omawianego systemu mierzony jest następującymi wskaźnikami:

- % stwierdzonych przypadków działań korupcyjnych w szpitalu, przy czym pożądana wartość wynosi 0;
- % osiągnięcia zgodności z wytycznymi tj. działaniami zapobiegawczymi lub korygującymi – pożądana wartość 100%;
- % przeszkolonych pracowników szpitala z zakresu etyki i działań antykorupcyjnych w danym roku, zgodnie z planem szkoleń – pożądana wartość 100%.

Podkreślić należy, że z punktu widzenia wymagań tego systemu, monitorowanie obejmuje przede wszystkim analizę realizacji ustalonych działań i podjętych środków zaradczych dla procesów lub zadań, dla których obliczona wartość ryzyka przekracza poziom ryzyka akceptowanego, a także poszczególnych, wyspecyfikowanych dla danego procesu zagrożeń korupcyjnych.

Monitorowaniem objęte są również kwalifikacje pracowników uczestniczących w procesie. W tym celu wykorzystane są również odpowiednie procedury przyjęte w Zintegrowanym Systemie Zarządzania, zwłaszcza dotyczące rekrutacji i okresowej oceny pracowników. Zatem proces ten jest realizowany stale, a jego doskonalenie jest determinowane wynikami:

- audytów wewnętrznych,
- ustaleń i zaleceń kierowniczych przeglądów zarządzania odbywających się corocznie,
- okresowych ocen kwalifikacyjnych pracowników.

Korzyści dla Zakładu Opieki Zdrowotnej z wdrożenia Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym:

- opracowano i wdrożono politykę antykorupcyjną,
- dzięki gruntownej analizie wszystkich procesów zidentyfikowano większą liczbę potencjalnych zagrożeń ewentualnego wystąpienia korupcji,
- opracowano i wprowadzono w życie Kodeks Etyki – Dobrej Praktyki Zarządzania,

- uzyskanie wiedzy o potencjalnych problemach, które mogą wystąpić w procesach realizowanych w szpitalu. wiedza ta daje możliwość przeciwdziałania takim problemom oraz podjęcia działań w szczególnie istotnych obszarach;
- poczucie bezpieczeństwa dla pracowników przez jasno i przejrzysto zdefiniowane procesy decyzyjne;
- doskonalenie organizacji na bazie zdobytych doświadczeń;
- zdefiniowane postępowanie w przypadku wykrycia korupcji – odpowiednia procedura postępowania;
- podniesiono poziom kwalifikacji pracowników, zintensyfikowano szkolenia, zwłaszcza w zakresie kształtowania postaw i etyki postępowania,
- budowanie wizerunku organizacji przejrzystej i profesjonalnie zarządzanej.

Wszystkie powyższe działania bez wątpienia przełożyły się na jakość usług medycznych, jakie otrzymują pacjenci Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Potwierdzają to regularnie prowadzone badania satysfakcji pacjentów za pomocą ankiet oraz monitorowanie postrzegania usług udzielanych przez szpital poprzez porównywanie ich jakości z wyobrażeniami pacjentów o idealnym poziomie jakości tego typu usług.

Zarządzanie Zakładem Opieki Zdrowotnej oparte na intuicji i aktywności dyrekcji nie gwarantuje jakości i efektywności. Chcąc zarządzać według światowych standardów, nie wystarczą chęci i dobra wola. Niezbędne jest uporządkowanie procesów i działań, wprowadzenie jednolitych, jasnych zasad postępowania, zapewnienie adekwatnych do potrzeb działań oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta i organizacji.

Wdrożone w Szpitalu MSW w Olsztynie systemy zarządzania postrzegane są jako świadomość. W przypadku systemu zarządzania jakością – świadomość dotycząca potrzeb i oczekiwań pacjentów, w przypadku systemu zarządzania środowiskowego – świadomość dotycząca wpływu działalności szpitala na środowisko, w przypadku systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – świadomość dotycząca warunków pracy pracowników, w przypadku systemu bezpieczeństwa informacji – świadomość oparta na podejściu wynikającym z ryzyka biznesowego, odnosząca się do ustanawiania, wdrażania, stosowania, monitorowania, przeglądania, utrzymywania i udoskonalania bezpieczeństwa informacji, w przypadku systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym – świadomość dotycząca

kultury organizacyjnej, której istotą jest ograniczenie ryzyka wystąpienia zjawisk o charakterze korupcyjnym.

Zintegrowany System Zarządzania, czyli kompleksowe zarządzanie jakością, środowiskiem, bezpieczeństwem i higieną pracy, bezpieczeństwem informacji oraz przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym, jest filozofią zarządzania, która bazuje na sposobie myślenia całego personelu. Zakłada podporządkowanie idei kompleksowej jakości wszystkich podstawowych płaszczyzn funkcjonowania organizacji i w ten sposób udoskonalenia jej efektywności, elastyczności i konkurencyjności. Angażuje całą jednostkę, każdy dział, każdą sferę działalności, każdą pojedynczą osobę na każdym poziomie struktury organizacyjnej. Stał się sposobem życia Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Bibliografia

- PN-EN ISO 9001:2009 System zarządzania jakością - Wymagania, PKN, 2009
System Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym. Wymagania, KIG i PCBiC, 2010

Rozdział IV

Varia

Izabela Rydlewska-Liszkowska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ekonomiczny wymiar ochrony zdrowia – perspektywa przedsiębiorcy/pracodawcy

Streszczenie: W polskim systemie ochrony zdrowia osób pracujących zdrowie stanowi przedmiot obowiązków nałożonych na mocy regulacji prawnej na pracodawców i pracowników, kontrola realizacji tych obowiązków prowadzona jest przez inspekcje państwowe i działowe, wspierane przez służbę medycyny pracy.

Ochrona zdrowia pracowników uzasadniona jest nie tylko względami zdrowotnymi, ale również argumentami ekonomicznymi. Szczególną rolę w kształtowaniu zdrowia osób pracujących oraz jego ochrony w środowisku pracy jako decyzyjnego problemu ekonomiki przedsiębiorstwa przypisuje się pracodawcom. Problem podjęty w artykule dotyczy wspomagania decyzji w zakresie ochrony zdrowia pracowników przez system informacji ekonomicznej. Dostępne w Polsce dane ekonomiczne dają jedynie częściowy obraz kosztów ponoszonych przez pracodawców na ochronę zdrowia pracowników. Identyfikacja pełnych kosztów ponoszonych przez pracodawców na ochronę zdrowia w związku z warunkami pracy jest jednym z podstawowych warunków poszukiwania i oceny modelu ochrony zdrowia pracowników. Stanowi bowiem fundament określenia ekonomicznych relacji między przedsięwzięciami na rzecz zdrowia a skutkami ekonomicznymi dla przedsiębiorstwa.

Economic value of health care – employers perspective

Abstract: Occupational health protection is the employers and employees responsibility in Polish health care system. Additionally, state and branches inspections fulfill supervising tasks and occupational health services supports the whole system according to medical criteria.

Occupational health protection is necessary not only due to health reasons, but economic reasons also. The special role in maintaining occupational health and its protection as decision issue in enterprise economics belongs to employer. The problem presented in the article concerns economic information system which contribute to decisions in occupational health. Statistical data presenting occupational health protection costs covered by employers are accessible in Polish statistics only partially. Identification

the full employers costs is considered as basic condition. in creation and assessing occupational health protection model. This is fundamental in analyzing economic relations between occupational health protection effects and economic consequences for employer.

Wprowadzenie – zdrowie w środowisku pracy i jego ochrona

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) zdrowie ludzkie w środowisku pracy (occupational health) zostało określone jako fizyczny, umysłowy i społeczny dobrostan osób reprezentujących różne zawody i wykonujących różne rodzaje prac. Zdrowie w środowisku pracy wiąże się nie tylko z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, ale również ze wszystkimi pozostałymi skutkami zdrowotnymi wywołanymi środowiskiem pracy człowieka. Zdrowie w miejscu pracy powiązane jest z promocją i utrzymaniem go na możliwie najwyższym poziomie dobrostanu. Jedną z ważniejszych definicji, która przyczyniła się do sposobu definiowania zdrowia w miejscu pracy, była definicja sformułowana przez ministra zdrowia Kanady Marca Lalonde, zwracająca uwagę na czynniki środowiskowe kształtujące zdrowie człowieka [por. Lalonde 1974, Hancock T. 1986, s. 93–100]. Od czasu opublikowania koncepcji pól zdrowia Lalonda pojawiło się szereg określeń rozszerzających tę koncepcję. W odniesieniu do zdrowia w środowisku pracy najbardziej znaczącą jest definicja G. Canguilhema, która odnosi się do zdrowia nie jako do abstrakcyjnej wartości, ale do jego związków ze środowiskiem, traktowanym jako kategoria zmienna, zależna od otaczających warunków. Definicja WHO zakłada jedynie wpływ poszczególnych obszarów funkcjonowania człowieka na jego zdrowie (stan fizyczny, umysłowy i społeczny) [por. What is health? 2009, s. 781].

System ochrony zdrowia osób pracujących (Occupational Health Services – OHS) [por. ILO Convention 1985] uznany za obszar interdyscyplinarnych działań na rzecz zdrowia w miejscu pracy spełnia następujące funkcje:

- identyfikacja i ocena zdrowotnego ryzyka zawodowego,
- analiza wpływu czynników środowiska pracy i metod pracy na zdrowie pracowników,
- doradztwo w zakresie organizacji pracy, projektowania miejsc pracy w odniesieniu do maszyn, urządzeń i substancji na danym stanowisku,
- udział w tworzeniu programów doskonalenia warunków pracy oraz ocenie ich zdrowotnych skutków,

- nadzór nad zdrowiem pracowników,
- udział w doborze rodzaju pracy do pracownika,
- udział w rehabilitacji zawodowej,
- współpraca w zakresie dostarczania informacji i szkoleń dotyczących zdrowia pracowników,
- organizacja pierwszej pomocy medycznej,
- analiza danych o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych.

W polskim systemie ochrony zdrowia osób pracujących zdrowie stanowi przedmiot obowiązków nałożonych na mocy regulacji prawnej na pracodawców i pracowników, a kontrola realizacji tych obowiązków prowadzona jest przez inspekcje państwowe i działowe, wspierane przez sektor medyczny – służbę medycyny pracy. Zgodnie z polską regulacją prawną służba medycyny pracy, realizując swoje zadania, ma obowiązek współdziałać z pracodawcami i ich organizacjami [por. Ustawa o służbie medycyny pracy, 1997].

Współdziałanie z pracodawcami i ich organizacjami polega w szczególności na:

- 1) bieżącej wzajemnej wymianie informacji o zagrożeniach zdrowia występujących na stanowiskach pracy i przedstawianiu wniosków zmierzających do ich ograniczenia lub likwidacji;
- 2) uczestniczeniu w inicjatywach prozdrowotnych na rzecz pracujących, zwłaszcza dotyczących realizacji programów promocji zdrowia;
- 3) dokonywaniu wyboru form opieki zdrowotnej i programów ich wdrażania, odpowiednich do rodzaju zakładu pracy i występujących w nim zagrożeń zawodowych.

Badania wstępne, okresowe i kontrolne wykonywane są na podstawie umowy zawartej między pracodawcą a jednostką służby medycyny pracy na koszt zleceniodawcy, tj. pracodawcy. Na koszt pracodawcy wykonywane są także inne zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędne ze względu na warunki pracy na zasadach określonych w Kodeksie Pracy oraz wybrane przez pracodawcę świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej, należące do zadań służby medycyny pracy określonych w ustawie o służbie medycyny pracy.

Jedne z najnowszych danych statystycznych pokazują, że 8,6% pracowników UE jest dotknięta problemami zdrowotnymi związanymi z pracą. Ponad 3% pracowników UE zostało poszkodowanych w wypadkach przy pracy, 40% pracowników wykonuje pracę negatywnie wpływającą na fi-

zyczny dobrostan, a 27% pracowników cierpi na problemy natury psychicznej w związku z pracą [Results from the Labour Force Survey 2009]

Według danych statystycznych, w Polsce liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy wyniosła 94 207 osób w 2010 r. i nadal wzrasta; w wypadkach śmiertelnych poszkodowane zostały 444 osoby (głównie w budownictwie, handlu, ochronie zdrowia i opiece społecznej). Liczba dni niezdolności do pracy w wyniku wypadków przy pracy wyniosła 3 429 527 w 2010 r., a liczba nowych przypadków chorób zawodowych sięgnęła 3146 (głównie choroby zakaźne/pasożytnicze, choroby narządu głosu, pylce płuc) i nieco zmalała w stosunku do 2008 r.

Stan zdrowia osób pracujących i jego ochrona stanowią przedmiot analiz w skali gospodarek wielu krajów nie tylko z punktu widzenia skutków zdrowotnych, jakie powoduje środowisko pracy, ale również z punktu widzenia skutków ekonomicznych powstających w wyniku negatywnego oddziaływania środowiska pracy na zdrowie ludzkie. Podejście to obrazuje Europejska Strategia na rzecz wzmocnienia jakości i produktywności pracy [Improving quality and productivity at work 2007]. W cytowanej Strategii proponuje się m.in. ograniczenie liczby wypadków przy pracy o 25% do końca 2012 roku w 27 krajach Unii Europejskiej poprzez poprawę ochrony zdrowia pracowników. Wśród przedsięwzięć wymienionych w Strategii znalazło się wzmocnienie działalności profilaktycznej w podmiotach gospodarczych oraz stosowanie bodźców ekonomicznych zachęcających pracodawców do ochrony zdrowia pracowników przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy. Jednym z warunków realizacji tych zaleceń jest system informacji ekonomicznej wspomagający tworzenie programów profilaktycznych zgodnie z kryterium efektywności.

Ekonomiczne relacje między ochroną zdrowia w środowisku pracy a kosztami pracodawcy

Związki między zdrowiem populacji osób pracujących i jego ochroną a gospodarką finansową podmiotu gospodarczego stanowią przedmiot badań zarówno na poziomie poszczególnych krajów Unii Europejskiej, jak i na szczeblu organizacji międzynarodowych. W szczególności badania te obejmują następujące zagadnienia:

- poziom wydatków na zdrowie i jego ochronę jako element gospodarki oraz ich relacja do produktu krajowego brutto (PKB),
- zmiany kosztów zdrowia i jego ochrony w powiązaniu z zachodzący-

- mi zmianami ekonomicznymi, m.in. wprowadzaniem nowych form zatrudnienia czy starzeniem się pracowników,
- projektowanie działań profilaktycznych wg kryterium efektywności i skuteczności z perspektywy pracodawcy,
- konstruowanie ekonomicznych systemów motywacyjnych zachęcających pracodawców do ochrony zdrowia pracowników przez skutkami narażeń zawodowych.

Znacząca część podejmowanych analiz ukierunkowana jest na dostarczenie podstaw decyzyjnych wzmacniających rolę pracodawców w kształtowaniu zdrowia w środowisku pracy. Za kluczowy argument uznaje się dane obrazujące ekonomiczny wymiar skutków zdrowotnych wywołanych warunkami środowiska pracy oraz ich prewencją jako decyzyjnego elementu ekonomiki przedsiębiorstwa [Culyer, Sculpher 2008, s. 51–69]. W badaniach z zakresu ekonomiki zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy kładzie się szczególny nacisk na koszty podmiotów gospodarczych, które związane są nie tylko ze skutkami chorób zawodowych i wypadków przy pracy, ale także z kosztami działań prewencyjnych i ich zdrowotnych i ekonomicznych skutków dla pracodawców. Zgodnie ze stanowiskiem przyjętym przez Światową Organizację Pracy, zdrowie pracujących traktowane jest jako inwestycja, podobnie jak działania na rzecz jego ochrony w środowisku [Maynard 2011].

Do zagadnienia kosztów ponoszonych przez pracodawców można odnieść się w skali makroekonomicznej i mikroekonomicznej. Perspektywa, z jakiej analizuje się koszty, jest uwarunkowana celem i zakresem ich analizy. Z makroekonomicznego punktu widzenia, kosztami pracodawców związanymi z ochroną zdrowia pracowników zainteresowano się w całościowy sposób w Polsce w 2001 roku, kiedy wykonany został Narodowy Rachunek Zdrowia [System Rachunków Zdrowia w Polsce 2001], a powtórnie w ramach opracowanego Raportu Finansowanie Ochrony Zdrowia – Zielona Księga [Raport Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce 2008, s. 48–55]. Celem podjętych prac o charakterze empirycznym było określenie zakresu dostępnych informacji w statystyce publicznej oraz oszacowanie kosztów pracodawców w skali makroekonomicznej. W opracowanych dokumentach przedstawiono oszacowanie kosztów, jakie obciążały pracodawców w związku z ochroną zdrowia osób pracujących. Obecnie, w oparciu o dane empiryczne wynikające z realizacji dwóch wymienionych projektów oraz sformułowane zasady szacowania kosztów, Główny Urząd Statystyczny przedstawia dane o kosztach pracodawców w periodycznych

publikacjach prezentujących podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w Polsce [Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia 2010, s. 194–203].

Według danych GUS wydatki przedsiębiorstw na ochronę zdrowia w 2008 r. kształtowały się na poziomie 3 mln 253 tys. PLN, w tym wydatki bieżące stanowiły 1 mln 744 tys. PLN. Z kwoty tej ponad 22 % przeznaczono na profilaktykę i zdrowie publiczne.

Dane GUS przygotowane w innym przekroju wskazują, że przedsiębiorstwa przekazały w 2008 roku 1mln 174 tys. PLN na usługi ambulatoryjne, w tym 440 tys. PLN na świadczenia jednostek medycyny pracy oraz 130 tys. PLN na świadczenia szpitalne.

Przedstawione dane dają jedynie częściowy obraz kosztów ponoszonych przez pracodawców na ochronę zdrowia pracowników. Po pierwsze, nie wynika z nich, jaka część kosztów związanych z opieką ambulatoryjną powiązana była z profilaktyką zdrowotną ukierunkowaną na warunki środowiska pracy. Po drugie, nie jest jasne, czy koszty świadczeń wykonywanych przez jednostki służby medycyny pracy odnoszą się wyłącznie do obowiązkowej części profilaktyki w przedsiębiorstwach, czy wykraczają poza nią. Uzyskanie takiej informacji dałoby obraz ekonomicznej skali przedsięwzięć pracodawców wykraczających poza „kodeksowe” obowiązki.

Inny strukturalnie obraz danych o kosztach prezentuje cytowany dokument „Zielona Księga”.

W dokumencie tym przedstawiono oszacowane koszty badań profilaktycznych realizowanych przez publiczne i niepubliczne jednostki służby medycyny pracy oraz koszt abonamentów profilaktyczno-leczniczych opłacanych przez pracodawców. Dane ogólnokrajowe nie pozwalają jednak na wyodrębnienie rzeczywistej wielkości kosztów ponoszonych na szeroko pojętą profilaktykę zdrowotnych skutków narażeń w środowisku pracy.

Jednym z najnowszych raportów z badań zawierających dane o kosztach pracodawców w skali europejskiej jest dokument Pan – European Employer Health Benefits Issues [Pan – European Employer Health Benefits Issues 2010].

„Z badania przeprowadzonego w 2008 roku, wśród blisko 900 firm z Europy (Mercer Pan – European Employer Health Benefits Issues) wynika, że przeważająca część polskich firm identyfikuje się ze stwierdzeniem, iż bez wprowadzenia pakietu świadczeń, w tym związanych z ochroną zdrowia, ich organizacja miałaby kłopot z utrzymaniem kluczowych pracowników” [Słaba efektywność świadczeń medycznych dla pracowników

2012]. W opinii firm, ułatwiony dostęp do specjalistów w ograniczony sposób wpływa na zmianę zachowań pracowników, nie przyczynia się do zmniejszenia absencji, zachorowań i zwiększenia produktywności. Według specjalistów Mercer Polska istnieje rozdźwięk między dostarczaniem świadczeń zdrowotnych a ich efektami. Łączy się to z brakiem kompleksowego podejścia do inwestowania w zdrowie pracowników. Niewystarczający jest związek między świadczeniami naprawczymi a programami profilaktycznymi. Koszty ponoszone przez pracodawców na opiekę medyczną i ochronę zdrowia pracowników wzrosły w Europie o 3,3% w 2010 roku. Na wzrost kosztów wpływa wzrost cen świadczeń medycznych, zwiększone wykorzystanie usług, demografia oraz złożoność procedur medycznych. W Polsce wzrost kosztów związanych z opieką medyczną sytuował się na poziomie średniej europejskiej, czyli 3,3%.

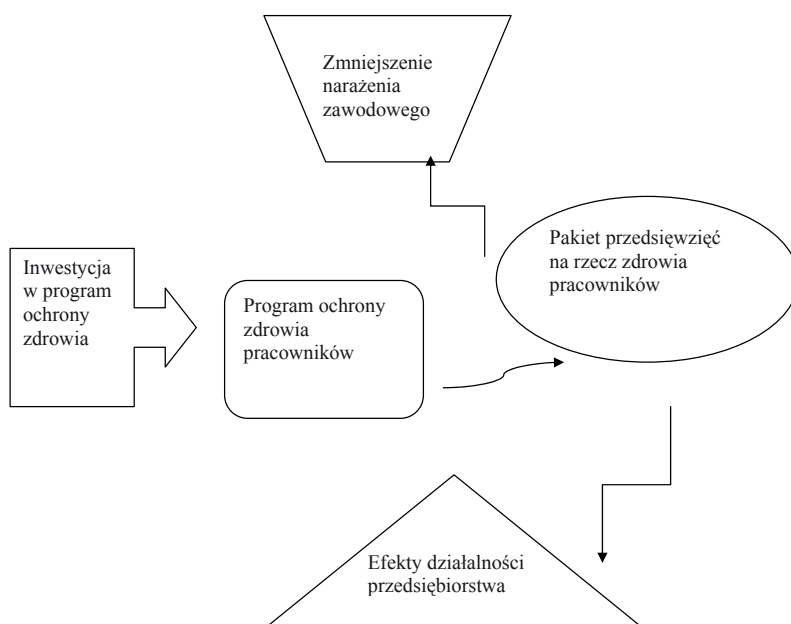
Jeszcze trudniejsze są do zidentyfikowania rzeczywiste koszty ponoszone przez pracodawców w mikroskali oraz praktyczne wykorzystanie tych informacji w procesach decyzyjnych dotyczących ochrony zdrowia na poziomie podmiotu gospodarczego. Zgodnie z dobrymi praktykami obliczania kosztów ochrony zdrowia na poziomie przedsiębiorstwa, zalicza się do nich następujące elementy:

- koszty związane z opłacaniem składek pracowniczego ubezpieczenia zdrowotnego,
- koszty przeniesienia pracowników na inne stanowisko pracy/do innej pracy ze względów zdrowotnych,
- koszty rekrutacji i szkolenia pracowników z uwzględnieniem aspektu zdrowotnego
- koszty monitorowania i przystosowania stanowisk pracy
- koszty monitorowania stanu zdrowia pracowników w powiązaniu z warunkami pracy,
- koszty czynności administracyjnych i prawnych związanych z ochroną zdrowia pracowników (np. analiza absencji chorobowej, wypadkowej),
- koszty analiz ekonomicznych wykorzystania nakładów na zdrowie pracowników (np. prowadzenie rachunku efektywności inwestycji w zdrowie, analiza kosztów utraconych korzyści związanych z wyborem wariantu ochrony zdrowia),
- koszty programów zdrowotnych [Mossink, de Greef 2002].

Identyfikacja kosztów ponoszonych przez pracodawców na ochronę zdrowia w związku z warunkami pracy stanowi jeden z podstawowych warunków poszukiwania i oceny modelu ochrony zdrowia pracowników.

Punktem wyjścia jest określenie ekonomicznych relacji między konkretnymi przedsięwzięciami na rzecz zdrowia a ich skutkami ekonomicznymi z perspektywy przedsiębiorstwa.

Rys. 1. Ochrona zdrowia pracowników w przedsiębiorstwie



Źródło: Opracowanie na podstawie Economic effects of safety and health at company level (see more at http://osha.eu.int/publications/reports/207/inventory_en.pdf) (1.03.2012).

Podsumowanie

Działanie prewencyjne ukierunkowane na stan zdrowia osób pracujących niezaprzeczalnie prowadzi do poprawy efektów zdrowotnych (np. zmniejszenia liczby chorób zawodowych i liczby wypadków przy pracy), co z kolei uwalnia przedsiębiorstwa od ponoszenia kosztów negatywnych zdarzeń zdrowotnych związanych z pracą. Biorąc pod uwagę potencjalne ekonomiczne korzyści wynikające z inwestowania w zdrowie osób pracujących, można wskazać powody, dla których zakres prowadzenia analiz kosztów w kontekście podejmowanych działań profilaktycznych w przedsiębiorstwach jest nadal ograniczony. Najczęściej przytaczanym argumentem jest brak wiedzy, brak zrozumienia narzędzi i celu analiz, brak umiejętności, ale także niechęć pracodawców do podejmowania działań na rzecz zdrowia

pracujących, a w ślad za tym — do ich oceny również w kategoriach ekonomicznych. Tego rodzaju argumenty pojawiają się w przedsiębiorstwach w różnych krajach, przy czym ich siła jest różna w zależności od poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego gospodarki. Do przyczyn ograniczających podejmowanie analiz kosztów zalicza się także:

- relacje między polityką ochrony zdrowia pracujących a prawem pracy dotyczące wielu interesariuszy, często stawiających w sytuacji konfliktowej priorytety polityki i istniejące systemy motywacyjne;
- różnice w postrzeganiu ryzyka zdrowotnego związane z doświadczeniem w działalności gospodarczej różnych podmiotów, m.in. polityków i podmiotów w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy;
- brak porozumienia, co należy zaliczyć do korzyści i kosztów podejmowania lub zaniechania interwencji; koszty i skutki mogą mieć źródło w różnych podmiotach w systemie;
- różnorodność podmiotów i zakresów ochrony zdrowia sprawiająca, że żaden z nich nie mierzy pełnych kosztów wypadków i chorób zawodowych ani korzyści wynikających z profilaktyki;
- różnorodność i zmienność w czasie form i miejsc zatrudnienia powodujące pojawienie się trudności w powiązaniu chorób z warunkami pracy;
- brak jednolitych wytycznych wiążących koszty i efekty z danymi dostępnymi w organizacjach, co powoduje konieczność ponoszenia wysokich nakładów na stworzenie dokumentacji i ich pozyskanie.

Uświadomienie pracodawcom znaczenia metod wiążących ekonomiczne straty związane z oddziaływaniem warunków pracy na zdrowie pracowników oraz powiązanie ich z finansami przedsiębiorstwa stanowi jeden z kierunków działań upowszechniających tę dziedzinę wiedzy. Często negowana przez pracodawców potrzeba stosowania metod oceny ekonomicznej jest argumentowana tym, że pracodawcy mają obowiązek prawny spełniania niezbędnego minimum w odniesieniu do warunków pracy, stąd w opiniach pracodawców żadna ocena ekonomiczna nie stanowi tu dodatkowego czynnika decyzyjnego. Wobec tego doskonalenie i stworzenie systemu kompletnej informacji ekonomicznej związanej ze zdrowiem osób pracujących mogłoby spełnić dwojaką rolę: uświadomić skalę strat ekonomicznych związanych z oddziaływaniem warunków pracy na zdrowie pracowników oraz ich relacji do syntetycznych miar stosowanych w gospodarce narodowej oraz wskazać najbardziej kosztochłonne skutki zdrowotne, na które należałoby ukierunkować działania profilaktyczne.

Bibliografia

Culyer A.J., Sculpher M. (2008), *Lessons from health technology assessment*, in: Tompa E., Culyer A.J. & Dolinschi R. (eds.) (2008), *Economic Evaluation of Interventions for Occupational Health and Safety: Developing Good Practice*. Oxford University Press, New York.

Hancock T. (1986), *Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians"*, "Health Promot. Int." vol 1 no1, p. 93–100.

ILO. Convention No. 161 concerning occupational health services. Geneva: International Labour Organization; 1985.

Improving quality and productivity at work: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions. Commission of the European Communities, Brussels, 21.2.2007COM (2007) 62 final.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:EN:PDF> (data cytowania: 9.03.2012).

Mossink J., de Greef M. (2002), *Inventory of socioeconomic costs of work accident*, European Agency for Safety and Health at Work. Office for Official Publications of the European Communities.

Lalonde M. (1974), *A New perspective on the health of Canadians*, A work document Government of Canada, Ottawa.

Maynard A., *Economic aspects of occupational health and safety*, http://www.ilo.org/safe-work_bookshelf/english?content&nd=857170233 (data cytowania 10.05.2011).

Pan - European Employer Health Benefits Issues. 2010 Survey Report. <http://uk.mercer.com/survey-reports/health-benefits-survey-2010-EU> (data cytowania 14.04.2011).

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w Polsce za 2009 (2010), GUS, Warszawa, s. 194–203.

Raport Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce. Zielona Księga (2004), Warszawa. Raport Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce. Zielona Księga II (2008), Warszawa, s. 48–55.

Results from the Labour Force Survey 2007 ad hoc module on accidents at work and work-related health problems. (2009) EUROSTAT, Statistics in focus, no 63.

Słaba efektywność świadczeń medycznych dla pracowników. <http://hrstandard.pl/2010/08/06/slaba-efektywnosc-swiadczen-medycznych-dla-pracownikow/> (data cytowania 1.03.2012)

Schneider M., Kawiorska D., Baran M. i in. (2001), *System Rachunków Zdrowia w Polsce. Praca zbiorowa*, Projekt IBRD Rozwój służby zdrowia w Polsce, Warszawa.

Ustawa o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 roku.(z późn. zmianami). Dz.U. z dnia 13 sierpnia 1997 roku, Nr 96, poz. 593

What is health? The ability to adapt (editorial), (2009), Lancet, no 373, p. 781.

Urszula Gołaszewska-Kaczan
Uniwersytet w Białymstoku

Inwestycje w zdrowie jako element inwestycji w kapitał ludzki

Streszczenie: Artykuł poświęcony jest problemowi kapitału ludzkiego i inwestycjom w ten kapitał. Szczególna uwaga zwrócona została na jeden z elementów tego kapitału, a mianowicie zdrowie. Przedstawiona została istota zdrowia, powiązanie zdrowia z innymi składowymi kapitału ludzkiego i jego wpływ na rozwój gospodarczy. Autorka stara się też wykazać, iż poziom inwestycji w ten obszar kapitału ludzkiego w Polsce jest niewystarczający, zarówno na szczeblu makro, jak i na poziomie przedsiębiorstw.

Investments in health as an element of investing in human capital

Abstract: The subject of the article is human capital and investing in it. Special attention is given to one of the elements of the capital, namely health. The illustrated issues include the nature of health, its connections with other components of human capital and its effects on economic growth. The author also tries to demonstrate that in Poland the level of investments in this area of human capital is not sufficient both on macro and micro levels.

Wstęp

Wzrost zainteresowania kapitałem ludzkim związany jest z dostrzeganiem jego rosnącej roli w tworzeniu przewagi konkurencyjnej i wpływu na sukces firmy. Znaczenie kapitału ludzkiego w tych procesach uzależnione jest jednak od jego jakości, wyznaczonej przez właściwości poszczególnych składników tego kapitału, tj. wiedzy, wartości, umiejętności, motywacji, czy zdrowia. Poziom poszczególnych składowych kapitału ludzkiego może i powinien być kształtowany poprzez działania określane mianem inwestycji w kapitał ludzki.

Niniejszy artykuł realizuje dwa cele. Pierwszym z nich jest ukazanie, na tle ogólnych rozważań o kapitale ludzkim, jednego z jego składników, często niedocenianego, a mianowicie – zdrowia. Cel drugi – to przedstawienie poziomu inwestycji w zdrowie w naszym kraju. Zdaniem autorki w Polsce inwestycje te są niewystarczające, i to zarówno na poziomie makro, jak i na poziomie przedsiębiorstw. W publikacji wykorzystano literaturę przedmiotu, dane statystyczne oraz wyniki badań przeprowadzonych przez różne podmioty.

Istota kapitału ludzkiego i inwestycji w ten kapitał

Wielu badaczy łączy rozwój teorii kapitału ludzkiego z problemami związanymi z wyjaśnieniem określonych zjawisk, mających miejsce w gospodarce. Jako przykład podaje się często tzw. kwestię reszty. Tradycyjna teoria wzrostu ekonomicznego wskazuje, że „coraz większa część wzrostu dochodu narodowego nie daje się wyjaśnić wzrostem jedynie kapitału rzeczowego i zatrudnionej siły roboczej, a trzeba ją przypisywać postępowi technicznemu (...). Dało to asumpt do rozwoju nowej teorii wzrostu i postępu technicznego, gdzie jest on wynikiem i funkcją inwestycji w kapitał ludzki”. [por. Oleksiuk 2009, s. 10]. Obecnie teoria kapitału ludzkiego należy do podstawowych teorii wyjaśniających zjawiska i procesy związane z wykorzystaniem zasobów w gospodarce. Za jej ojców uznaje się T.W. Schultza i G.S. Beckera.

Rozwijająca się cały czas teoria kapitału ludzkiego nie wypracowała jednak dotąd jednego stanowiska na temat sposobu definiowania podstawowego dla niej pojęcia – czyli kapitału ludzkiego. Na potrzeby niniejszego artykułu należy jednak przedstawić przynajmniej dwa sposoby ujmowania tego zjawiska. Pierwszy z nich różnicuje definicje tego terminu ze względu na poziom prowadzonych rozważań. Można więc mówić o kapitale ludzkim:

- na poziomie jednostki ludzkiej – kapitał ludzki to wszystkie cechy psycho-fizyczne jednostki, takie jak wrodzone zdolności, zasoby wiedzy, poziom wykształcenia, umiejętności i doświadczenie zawodowe, stan zdrowia, poziom kulturalny, aktywność społeczno-ekonomiczna, światopogląd itp., które wpływają bezpośrednio lub pośrednio na wydajność pracy i które są nierozdzielnie związane z człowiekiem jako nośnikiem tych wartości. To ogół specyficznych cech i właściwości ucieleśnionych w człowieku [Florczak 2007, s. 112]. Tak rozumiany kapitał ludzki przypisany jest danej osobie i zawsze jej towarzyszy;

- na poziomie organizacji (przedsiębiorstwa) – kapitał ludzki ujmowany jest jako zasób specyficznych cech i właściwości ucieleśnionych w pracownikach (wiedza, umiejętności, zdolności, zdrowie, motywacja), które mają określoną wartość oraz stanowią źródło przyszłych dochodów zarówno dla pracownika – właściciela kapitału ludzkiego, jak i dla organizacji korzystającej z tegoż kapitału na określonych warunkach [Pocztowski 2003, s. 44];
- na poziomie gospodarki (danego społeczeństwa) – kapitał ludzki to zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia, energii witalnej zawarty w społeczeństwie, który może być źródłem sukcesu kraju, jego przewagi nad innymi [Król, Ludwiczynski 2006, s. 111].

Zauważyć przy tym należy, iż kapitał ludzki jednostek buduje kapitał organizacji, zaś kapitał organizacji funkcjonujących w danej gospodarce – buduje z kolei kapitał ludzki gospodarki. Wydaje się jednak, że w obu przypadkach nie jest to prosta suma poszczególnych kapitałów. Przyłączeniu kapitałów niższego rzędu, powstawać może dodatkowy efekt, tworzący pewną wartość dodaną.

Dywagacje dotyczące różnych poziomów kapitału ludzkiego, chociaż z pewnością zbieżne, w dużej mierze mają swoją specyfikę. W przypadku kapitału jednostkowego zastanawiać się można przykładowo nad predyspozycjami człowieka do zdobywania wykształcenia, nad stylem życia i jego wpływem na zdrowie jednostki. W rozważaniach na szczeblu przedsiębiorstwa podnosi się problem możliwości kształtowania przez firmę pożądanego poziomu kapitału ludzkiego, poprzez na przykład szkolenia czy odpowiednie warunki pracy, możliwość wykorzystania kapitału ludzkiego w walce konkurencyjnej. Analizy na poziomie gospodarki wkraczają zaś w problemy makroekonomiczne, łącząc przykładowo kapitał ludzki z kwestią płac realnych, bezrobocia, czy konsumpcji.

Drugie podejście do definiowania kapitału ludzkiego zwraca uwagę na „zawartość” tego kapitału i każe wyróżnić szersze i węższe spojrzenie na ten kapitał. W ujęciu węższym na kapitał ludzki składają się: wiedza, umiejętności i zdolności człowieka [Armstrong 2011, s. 75] Jest to więc przede wszystkim kapitał zgromadzony w oparciu o kształcenie na różnych szczeblach, uzupełniony osobistymi zdolnościami. Natomiast ujęcie szersze do elementów kapitału ludzkiego, obok powyższych składników, zalicza także elementy dodatkowe, takie jak stan zdrowia, prezentowaną aktywność społeczną i ekonomiczną, światopogląd oraz poziom kulturalny [por. Florczak

2007, s. 113]. Są to więc czynniki kształtowane pod wpływem innych działań niż kształcenie.

Takie podejście do definiowania kapitału ludzkiego nierozzerwalnie wiąże się z kwestią inwestowania w kapitał ludzki. Punktem wyjścia do rozważań o inwestycjach w kapitał ludzki jest przeświadczenie, iż kapitał ten nie jest wartością stałą, lecz może się zmieniać, w szczególności może zostać podwyższony.

Inwestycje w kapitał ludzki można określić jako ogół działań, które wpływają na przyszły pieniężny i fizyczny dochód poprzez powiększanie zasobów w ludziach [zob. Jarecki i inni 2010, s. 19].

Do inwestycji w kapitał ludzki zalicza się: [Schultz 1979, s. 30]

1. wydatki na szeroko rozumiane usługi i udogodnienia związane z ochroną zdrowia, wpływające na żywotność i vitalność człowieka,
2. wydatki na szkolenie w czasie pracy (na przyuczenie do zawodu i w nabywanie praktyki w firmach),
3. wydatki na formalne kształcenie szkolne na wszystkich szczeblach (również dla osób dorosłych),
4. wydatki na badania naukowe,
5. wydatki związane z migracjami ludności w celu znalezienia lepszej pracy i możliwości zatrudnienia,
6. wydatki na poszukiwanie informacji o sytuacji ekonomicznej firm i perspektywach zawodowych.

Analizując problem inwestycji w kapitał ludzki, należy zaznaczyć, iż: [Korporowicz 2005, s. 44]

- inwestowanie w kapitał ludzki uznawane jest za bardzo kosztowne,
- nie ma światowego rynku kapitału ludzkiego, co powoduje brak możliwości weryfikacji jego wartości,
- wzrost jego wartości następuje powoli i jest efektem wieloaspektowych działań społecznych. Przewidywane dochody, rozumiane jako zwrot z tych inwestycji, rozpatrywać należy w perspektywie długookresowej.

Inwestycje prowadzą do zmiany wartości poszczególnych właściwości jednostek ludzkich i w efekcie do zmiany jakości i poziomu kapitału ludzkiego. Przy czym specyfiką tych inwestycji jest to, że inwestycje w kapitał ludzki na każdym z poziomów przekładają się na podwyższenie tego kapitału na poziomach pozostałych. Indywidualne inwestycje w kapitał jednostki podnoszą poziom tegoż kapitału także w organizacji, a przez to wpływają na jakość kapitału w całej gospodarce. I odwrotnie. Inwestycje

w kapitał ludzki na szczeblu makro mają wpływ na wyższy poziom tego kapitału w organizacjach oraz wyższy poziom kapitału jednostkowego.

Poziom kapitału ludzkiego z upływem czasu zmienia się, kapitał może ulegać starzeniu się, a tym samym uzyskiwane dzięki niemu efekty ulegają obniżeniu. Stąd też inwestycje w kapitał ludzki powinny być na tyle znaczące, aby nie tylko rekompensowały utraconą część kapitału, ale także podnosiły go na wyższy poziom.

Badacze stawiają czasem pytanie, czy inwestycje w kapitał ludzki nie są formą konsumpcji. Problem „wyodrębnienia z ogółu działalności ekonomicznej tej części, którą można określić mianem inwestycji w kapitał ludzki, nie sprowadza się do nazwania po nowemu wydatków na kształcenie, wyżywienie czy ochronę zdrowia. (...) Konieczne jest (...) wyznaczenie kryterium, przez pryzmat którego należy dokonywać klasyfikacji działań i nakładów. Stanowi je efekt podjętych działań. Jeżeli jest nim wzrost produktywności, poniesione nakłady uznać możemy za inwestycje, jeżeli jednak działania te skutkują jedynie wzrostem przyjemności, użyteczności, będącej celem ostatecznym, powinny być zaliczone do konsumpcji” [Kunasz, materiał internetowy, s. 7].

Różne kraje mają różny poziom kapitału ludzkiego. Różnicy w poziomie kapitału ludzkiego w skali gospodarki pomiędzy poszczególnymi krajami nie można tłumaczyć jednak różnicami w zdolnościach, inteligencji czy wrodzonych predyspozycjach narodów, lecz zróżnicowaniem w nakładach na jego tworzenie i historycznym zaszłościom. Stąd brak inwestycji w kapitał ludzki może stanowić barierę wzrostu w krajach słabiej rozwiniętych [por. Czajka 2011, s. 21].

Zdrowie, jako element kapitału ludzkiego

Węższe ujęcie kapitału ludzkiego, jak przedstawiono wcześniej, traktuje ten kapitał jako efekt inwestycji w oświatę i kształcenie. Analizując dogłębnie istotę teorii kapitału ludzkiego, wydaje się, iż jest to jednak podejście zdecydowanie uproszczone. Dla pełnego zobrazowania czym jest i co tworzy kapitał ludzki, niezbędne jest ujęcie rozszerzone, które uznaje, iż kapitał ludzki jest rezultatem zarówno inwestycji w oświatę i kształcenie, jak i w inne obszary, przyczyniające się do poprawy cech jakościowych pracy ludzkiej. W takim ujęciu niezmiernie ważnym komponentem kapitału ludzkiego staje się zdrowie.

Warto zaznaczyć, iż twórcy teorii kapitału ludzkiego poświęcali zdrowiu mało miejsca w swoich rozważaniach. Ważną rolę w podkreśleniu zna-

czenia zdrowia jako komponentu tego kapitału odegrał natomiast M. Grossman, tworząc model popytu na dobro zwane „dobrym zdrowiem”. Model ten traktuje zdrowie jako trwały zasób kapitałowy, który wytwarza efekt określany mianem „zdrowego czasu”. Zasób ów ulega deprecjacji w funkcji czasu, jednakże odpowiednie nakłady mogą wpłynąć na jego odnowienie lub nawet powiększenie” [Kunasz, materiał internetowy, s. 10]

M. Grossman zwrócił uwagę na to, iż „zdrowie nie jest dobrem jednorodnym i można je traktować zarówno jak dobro konsumpcyjne, jak i inwestycyjne. Zdrowie jako dobro konsumpcyjne wpływa bezpośrednio na kształt funkcji użyteczności (mówiąc inaczej – czas choroby jest źródłem spadku użyteczności). Z kolei jako dobro inwestycyjne determinuje wielkość czasu dostępnego dla aktywności rynkowej i pozarynkowej. Innymi słowy, wzrost zasobu zdrowia redukuje ilość czasu, którego nie można poświęcić na ową aktywność, a monetarna wartość tego potencjalnie utraczonego czasu jest wielkością zwrotu z inwestycji w zdrowie” [Łyszczarz i inni, materiał internetowy, s. 5].

Niektórzy badacze uznają zdrowie za dobro fundamentalne „stanowiące jeden z prawdziwych powodów oczekiwań pacjentów wobec służby zdrowia, dla którego to dobra inne, głównie materialne produkty i usługi, takie jak ochrona zdrowia, są po prostu metodami uzyskania dobrobytu(...). Z ekonomicznego punktu widzenia do istotnych cech zdrowia należą: to że może być ono produkowane przez jednostki i gospodarstwa domowe, ma wpływ na ludzki dobrobyt, ludzie go potrzebują, są gotowi zapłacić za poprawę jego stanu i jest dobrem rzadkim w stosunku do ludzkich oczekiwań” [Morris i inni 2011, s. 20]. Dodatkowo należy zauważyć, że zdrowie, jako element kapitału ludzkiego jest przyrodzone każdemu człowiekowi i jako takie nie może być przedmiotem wymiany.

Obecna definicja zdrowia (według WHO) podkreśla, że zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia) [Holizm i zdrowie, materiał internetowy]. Taka koncepcja zdrowia każe zwrócić uwagę na dwa aspekty. Po pierwsze – zdrowie nie jest stanem jednowymiarowym, lecz obejmuje różne obszary ludzkiego życia. Po drugie – wydaje się, iż jest to stan zarówno obiektywny, który może być sprawdzony przy użyciu różnorodnych testów, jak i subiektywny, opierający się jedynie na odczuciu człowieka.

Zdrowie ma ściśle powiązanie z innymi składowymi kapitału ludzkiego. Z jednej strony odpowiedni stan zdrowia pozwala bowiem zdobywać

wykształcenie, szkolić się, pracować z określoną wydajnością, uczestniczyć w zdobyczach kultury, podejmować aktywność społeczno-ekonomiczną. Należy jednak także zaobserwować zależność odwrotną, przykładowo wyższy poziom wykształcenia, czy wyższy poziom dochodów związany z prowadzoną działalnością ekonomiczno-społeczną przekłada się najczęściej na większą świadomość zdrowotną i tym samym wyższe wydatki jednostki w tej sferze.

Zdrowie jako element kapitału ludzkiego można także rozważać w aspekcie jego roli w gospodarce. Poziom zdrowia społeczeństwa warunkuje bowiem zarówno ilość pracy – poprzez liczbę osób aktywnych zawodowo i ich wydajność, jak i jakość tej pracy. Wyższy poziom zdrowia przekłada się też na dłuższą aktywność zawodową jednostek, a tym samym daje możliwość uzyskiwania większych dochodów. Jak zauważa A. Kuczek, niedostateczny stan zdrowia osób w wieku produkcyjnym i związana często z tym utrata możliwości zarobkowania, prowadzą do olbrzymich kosztów np. w ramach świadczeń rentowych, do zwiększenia kosztów absencji chorobowej czy obniżenia jakości życia osób dotkniętych tym zjawiskiem [Kuczek 2009, s. 186].

Na poziomie przedsiębiorstwa zdrowsi pracownicy – to niższa absencja chorobowa, mniej wypadków przy pracy, wyższa wydajność, a także lepsze nastawienie do pracy i do współpracowników, mniej konfliktów.

Poziom zdrowia wpływa także na dystrybucję uzyskiwanych dochodów pomiędzy konsumpcję i oszczędności. Gorszy stan zdrowia – to dodatkowe wydatki na leczenie, co zmniejsza poziom ewentualnych inwestycji. Jednocześnie osoby zdrowsze wykazują większą skłonność do podejmowania decyzji w dłuższym horyzoncie czasowym, co może dodatkowo zachęcać je do inwestowania [Jarecki i inni 2010, s. 164–165].

Zdrowie, tak jak każdy komponent kapitału ludzkiego, zużywa się i pogarsza wraz z upływem czasu, stąd niezbędne są inwestycje w celu jego utrzymania i poprawy.

Poziom inwestycji w kapitał ludzki w obszarze zdrowia w Polsce

Jeżeli inwestycje w kapitał ludzki w obszarze zdrowia rozpatrywać będziemy na poziomie makro, to dochodzimy do problemu ochrony zdrowia realizowanej przez państwo. Ochrona zdrowia ma na celu, zdaniem Z. Czajki: inspirować poprawę i lepsze dostosowanie warunków życia człowieka do jego warunków psychofizycznych, podtrzymywać go w dobrym

zdrowiu i samopoczuciu oraz współtworzyć zdrowe warunki pracy. Państwo, realizując tą funkcję, powinno ponosić odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa poprzez finansowanie usług, określenie zakresu świadczeń medycznych oraz zorganizowanie sprawnej publicznej służby zdrowia [Czajka 2011, s. 35–36]. Oczywiście poziom realizacji tych postulatów zależy od sytuacji finansowej danego kraju.

Jeżeli chodzi o Polskę, to jak stwierdza G. Glód, reforma ochrony zdrowia w Polsce rozbudziła ogromne nadzieje na lepsze zaspokojenie potrzeb Polaków w zakresie ochrony zdrowia. Miała ona w konsekwencji doprowadzić do poprawy możliwości finansowania zakładów opieki zdrowotnej i dostępności do świadczeń zdrowotnych, z równoczesnym wzrostem jakości dostarczanych świadczeń. Założeń tych nie dało się jednak osiągnąć [Glód 2011, s. 32].

Jaki jest w tym kontekście poziom inwestycji w zdrowie w Polsce? Pierwszym wskaźnikiem, który przybliży sytuację w tym zakresie, jest poziom wydatków na ochronę zdrowia. W 2010 roku z budżetu państwa na ochronę zdrowia przeznaczono 6864 mln złotych, co stanowiło 2,3% wszystkich wydatkowanych przez budżet środków [Mały Rocznik Statystyczny Polski 2011, 2011, s. 446]. Konieczne jest także ukazanie poziomu inwestycji w zdrowie w aspekcie PKB. W 2008 r. wydatki na ochronę zdrowia w naszym kraju stanowiły 7% PKB. W przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły one 1213 \$. Jak ocenić można ten poziom wydatków? Za komentarz służyć może zestawienie sporządzone przez GUS, porównujące powyższe wskaźniki w 34 krajach OECD. W 2008 r. tylko trzy kraje spośród badanych miały mniejsze wydatki w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Natomiast mniej od Polski w ujęciu procentowym wydawały: Turcja, Luksemburg, Korea, Estonia i Chile [Podstawowe dane 2010, s. 217].

Z danych GUS wynika [Podstawowe dane 2010, s. 53–56] także, że na koniec 2009 r. w Polsce były 754 szpitale, w tym 526 publicznych i 228 niepublicznych. Łącznie dysponowały 183 040 łózkami. Najwięcej szpitali ogółem było w woj. śląskim i mazowieckim, najmniej – w woj. lubuskim, a także w opolskim i świętokrzyskim. Najwięcej szpitalnych łóżek odnotowano w województwach o największej liczbie szpitali, czyli w śląskim i mazowieckim. Ich łączna liczba stanowi 27,7% wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce. W większości województw wystąpił spadek liczby łóżek szpitalnych w porównaniu z rokiem poprzednim. W 2009 r. w stacjonarnej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności przypadało 70,3 łóżka. Średni czas pobytu chorego w szpitalu wynosił 5,8 dnia.

W podmiotach ochrony zdrowia pracowało w 2009 r. łącznie 322,9 tys. lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych. Najliczniejszą grupą zawodową stanowiły pielęgniarki [Podstawowe dane 2010, s. 50].

Jak taki poziom wydatków przekłada się na poziom zdrowia polskiego społeczeństwa? Oczekiwana długość życia w Polsce to około 75 lat (daje to nam 54 pozycję wśród 191 państw świata). Przykładowo w zajmującej pierwsze miejsce pod względem długości życia Andorze jest to ponad 83 lata. Dłuższą od Polski oczekiwaną długość życia mają przykładowo Szwecja, Grecja, ale także Kuba, Chile, czy Słowenia [Lista państw świata, materiał internetowy].

Natomiast przeciętna długość trwania w zdrowiu (HALE) wynosi w Polsce około 64 lata i jest krótsza o 6 lat od przeciętnej długości życia w zdrowiu w krajach Unii Europejskiej (70 lat). Zatem okres życia w pełnym zdrowiu w Polsce jest krótszy od średniej długości życia o około 11 lat (podczas gdy w krajach Unii Europejskiej o około 8 lat) [Gębska-Kuczerowska, Miller 2006, s. 135].

Na tym tle warto również przytoczyć dane dotyczące stanu zdrowia Polaków. Otóż w 2009 roku 65,7% badanych Polaków oceniało swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (w roku 2004 takiego zdania było 61% badanych). Poczucie dobrego stanu zdrowia różni się jednak w poszczególnych grupach wiekowych. W przedziale 15–29 lat aż 90,5% badanych deklaruje taki stan zdrowia, w przedziale 45–59 lat już tylko 49,6% respondentów, a wśród osób mających 60 lat i więcej – tylko 21,3% [Mały Rocznik Statystyczny 2011, s. 265].

Na marginesie można stwierdzić, iż wobec zmniejszającego się poczucia dobrego stanu zdrowia wraz z upływem lat, danych dotyczących długości życia w zdrowiu, a jednocześnie planów rządu związanych z wydłużeniem okresu aktywności zawodowej Polaków – opieka zdrowotna nad osobami starszymi staje się wielkim wyzwaniem dla polskiej służby zdrowia.

Niewystarczający poziom inwestycji w zdrowie na poziomie makro wymusza zainteresowanie tymi inwestycjami w skali mikro – na szczeblu przedsiębiorstwa. Na poziomie mikro inwestycje w zdrowie łączyć należy z jednej strony z tworzeniem bezpiecznych, prozdrowotnych warunków pracy, z drugiej – ze wspieraniem możliwości korzystania przez pracowników z opieki medycznej. Trudno jest jednak oceniać poziom tych inwestycji, gdyż nie są prowadzone szczegółowe ogólnopolskie badania na ten temat.

Z pewnością pewnych informacji dostarczyć może statystyka dotycząca wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Wybrane dane dotyczące wypadków przy pracy w Polsce przedstawia tabela nr 1.

Tab.1. Wypadki przy pracy w latach 2005–2010

	2005	2008	2009	2010
Liczba wypadków ogółem	84402	104402	87052	94207
W tym: w sektorze publicznym	28735	29345	26868	28916
w sektorze prywatnym	55667	75057	60184	65291
Liczba wypadków na 1000 pracowników	8,12	7,44	9,11	7,99
Liczba wypadków śmiertelnych	444	401	523	468
Liczba dni niezdolności do pracy ogółem	3429527	3111170	3638805	3666934
Liczba dni niezdolności do pracy w przeliczeniu na 1 poszkodowanego	36,6	35,9	35	43,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wypadki przy pracy, 2011], [Wypadki przy pracy 2010], [Wypadki przy pracy, 2009], [Wypadki przy pracy, 2006].

Na przestrzeni analizowanych lat liczba wypadków przy pracy miała raczej tendencję wzrostową, w tym następował wzrost liczby wypadków śmiertelnych. Wydaje się jednak, iż łączyć to można ze wzrostem liczby osób zatrudnionych. Pozytywnie należy ocenić przy tym fakt zmniejszenia liczby wypadków na 1000 zatrudnionych. Natomiast z pewnością negatywne skutki ekonomiczne spowoduje zwiększająca się liczba dni niezdolności do pracy przypadająca na jednego poszkodowanego.

W 2010 r. główną przyczyną zgłoszonych wypadków przy pracy (poza gospodarstwami indywidualnymi w rolnictwie) było nieprawidłowe zachowanie się pracownika. Jej udział w ogólnej liczbie przyczyn (101,5 tys.) wyniósł 55,2%. Kolejną przyczyną wypadków był niewłaściwy stan czynnika materialnego (np. maszyn i urządzeń, narzędzi, surowców, materiałów pomocniczych), której udział wyniósł 9,0% [Mały Rocznik Statystyczny 2011, s. 150].

Zdecydowanie pozytywny trend zanotować można w zakresie zapadalności na choroby zawodowe. Liczba osób, u których stwierdzono chorobę zawodową wyniosła: w 2000 r. – 7,3 tys., w 2005 r. – 3,2 tys., w 2009 r. – 3,1 tys. i w przeliczeniu na 100 tys. zatrudnionych było to odpowiednio: 73,9%; 34,8%; 29,9% [Mały Rocznik Statystyczny 2011, s. 152].

Jeżeli chodzi o politykę prozdrowotną w ramach firm, to pewne informacje można uzyskać także na podstawie analizy wyników badań prowadzonych przez różne podmioty.

Przykładowo badania z lat 1999–2001 realizowane wśród dużych i średnich zakładów pracy pokazały, że 60% badanych firm deklarowało podejmowanie nadobligatoryjnych działań w trosce o zdrowie personelu. Były to przede wszystkim szczepienia i ponadobligatoryjne badania diagnostyczne, kształtowanie materialnego środowiska pracy, poprawa estetyki i ergonomii na stanowiskach pracy [Kuczek 2009, s. 192].

Z kolei w 2010 r. firma MERCER przeprowadziła Badania Łącznych Wynagrodzeń. Z raportu przedstawionego przez firmę wynika, iż obecnie 80% największych polskich i międzynarodowych firm oferuje swoim pracownikom benefit w postaci sponsorowanej opieki medycznej [Skowera 2010, s. 30].

Natomiast badania „Ochrona zdrowia i absencja” oraz „*Pan – European Employer Health Benefits Issues*” również przeprowadzone przez MERCER pokazują, że w 2007 r. pracodawcy w Europie przeznaczali średnio 5,3% funduszu płac na świadczenia związane ze zdrowiem pracowników. Natomiast w Polsce koszty te były niższe i wyniosły „między 2,6% (mediana wskazań respondentów) a 4,5%, czyli górnego kwartyła wskazań. Wskazane koszty obejmują koszt pakietów medycznych (mediana: 1% funduszu płac) oraz koszt wynagrodzenia za czas choroby (mediana: 1,6% funduszu płac). Respondenci wskazali, że w 2007 r. koszty te rosły w tempie 5% – wyższym aniżeli wzrost wskaźnika wynagrodzeń w Europie” [Słaba efektywność świadczeń, materiał internetowy].

Jak pokazują jednocześnie omawiane badania, jedynie 30% firm prowadzi programy ochrony zdrowia w ramach polityki prozdrowotnej przedsiębiorstwa. Najczęściej są to programy związane z edukacją zdrowotną oraz promocją zdrowia (np. dotyczące rzucanie palenia). Bardziej zaawansowane plany, takie jak: zarządzanie absencjami, cykliczne przeglądy zdrowia, programy „*work-life balance*”, czy okresowe badania wykrywalności raka, nie cieszą się dużą popularnością wśród badanych firm. Z punktu widzenia ekonomicznego dziwić może także fakt, iż ponad 40% firm w żaden sposób nie analizuje stopnia wykorzystania przez pracowników usług (świadczeń) oferowanych przez dostawców opieki medycznej, a tylko 20% firm otrzymuje od dostawców raporty z wykorzystania świadczeń [Skowera 2010, s. 31].

Ciekawych informacji dostarcza także badanie przeprowadzone przez EU-OSHA na temat nowych i pojawiających się zagrożeń w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy (ESENER). W ramach

tych badań w 2009 r. przeprowadzono wywiady łącznie z 28 649 kierownikami i 7226 specjalistami ds. BHP w 31 państwach objętych badaniem: w państwach UE-27 oraz w Chorwacji, Turcji, Szwajcarii i Norwegii. Z badań wynika, że w 40% badanych przedsiębiorstwach kwestie BHP są regularnie omawiane na spotkaniach kadry kierowniczej wysokiego szczebla. Największy odsetek takich firm funkcjonuje w Szwecji (66% oraz Wielkiej Brytanii i Holandii (60%), w Polsce jest to poniżej średniej – około 30% [Europejskie badanie przedsiębiorstw, s. 5–6]. Regularne kontrolowanie stanowisk pracy pod kątem bezpieczeństwa i ochrony zdrowia przez zewnętrzne podmioty przeprowadza 36% badanych przedsiębiorstw z UE, w Polsce jest to około 35% analizowanych firm [Europejskie badanie przedsiębiorstw, s. 5–6]. W odniesieniu do podstawowych trudności występujących przy podejmowaniu kwestii bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, 36% badanych przedsiębiorstw z UE-27 zgłosiło jako podstawowy powód „brak takich zasobów, jak czas, personel czy środki pieniężne” [Europejskie badanie przedsiębiorstw s. 10]. Poglądy przedstawicieli polskich firm są w tym względzie podobne.

Zakończenie

Autorka jest zdania, iż przedstawione w artykule informacje potwierdzają tezę, że w naszym kraju zdrowie, jako komponent kapitału ludzkiego, jest niedoinwestowane. Pomimo rosnącego rozumienia roli zdrowia w aktywności zawodowej człowieka i jego wpływu na osiągane przez jednostkę rezultaty w tym obszarze, na inwestycje w skali makro brakuje środków finansowych. Tego niedoinwestowania nie są w stanie zrekomensować inwestycje na poziomie przedsiębiorstw. Wśród przedsiębiorców brakuje bowiem jeszcze głębszego przekonania o innym niż motywacyjnym, wpływie takich działań na pracowników i ich wydajność. Wydaje się, iż jedynym rozwiązaniem staje się inwestowanie w zdrowie na poziomie pojedynczego człowieka i angażowanie w to własnych, indywidualnych środków.

Bibliografia

- Armstrong M. (2011), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Czajka Z. (2011), *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Wyd. UwB, Białystok.
- Europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń*, Europej-

ska Agencja Bezpieczeństwa i zdrowia w pracy, materiał internetowy http://osha.europa.eu/pl/publications/reports/en_esener1-summary.pdf, dostęp 20.02.2012.

Florczak W. (2007), *Kapitał ludzki a rozwój gospodarczy* [w:] *Gospodarka oparta na wiedzy*, Welfe W. (red.), PWE, Warszawa.

Gębska-Kuczerowska A., Miller M. (2006), *Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” nr 116(1), s. 135.

Głód G. (2011), *Zarządzanie zmianą w jednostce ochrony zdrowia*, Wyd. UE w Katowicach, Katowice.

Holizm i zdrowie, materiał internetowy http://www.seremet.org/who_zdrowie.html, dostęp 10.02.2012.

Jarecki W., Kunasz M., Mazur-Wierzbicka E., Zwiech P. (2010), *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Wyd.Zapol, Szczecin.

Korporowicz V. (2005), *Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości*, OW SGH w Warszawie, Warszawa.

Król H., Ludwiczynski A. (red.) (2006), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, PWN, Warszawa.

Kuczek A. (2009), *Promocja zdrowia jako czynnik kształtujący kapitał ludzki* [w:] *Kapitał ludzki i społeczny. Wybrane problemy teorii i praktyki*, Moroń D. (red.), Wyd. UW we Wrocławiu, Wrocław.

Kunasz M., *Teoria kapitału ludzkiego na tle dorobku myśli ekonomicznej*, materiał internetowy, <http://www.konferencja.edu.pl/ref8/pdf/pl/Kunasz-Szczecin.pdf>, dostęp 10.02.2012.

Lista państw świata według oczekiwanej długości życia, materiał internetowy http://pl.wikipedia.org/wiki/Lista_pa%C5%84stw_%C5%9Bwiata_wed%C5%82ug_oczekiwanej_d%C5%82ugo%C5%9Bci_%C5%BCycia, dostęp 19.02.1012.

Łyszczarz B., Hnatyszyn-Dzikowska A., Wyszowska Z., *Wpływ zdrowia na wzrost gospodarczy – perspektywa rynku pracy*, materiał internetowy http://www.ue.katowice.pl/images/user/File/katedra_ekonomii/B.LYSZCZARZ,A.HNATYSZYN-DZIKOWSKA.Z.WYSZKOWSKA_Wplyw_zdrowia_na_wzrost_gospodarczy_-_perspektywa_.pdf dostęp 10.02.2012.

Mały Rocznik Statystyczny Polski 2011, (2011), GUS, Warszawa 2011.

Morris S., Devlin N., Parkin D. (2011), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.

Nowakowska A., Przygodzki Z., Sokołowicz M.E. (2011), *Region w gospodarce opartej na wiedzy. Kapitał ludzki – innowacje – korporacje transnarodowe*, Difin, Warszawa.

Oleksiuk A. (2009), *Inwestowanie w kapitał ludzki w Polsce*, ECONOMICUS, Warszawa.

Pocztowski A. (red.) (2003), *Najlepsze praktyki zarządzania zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., (2010), GUS, Warszawa.

Schultz T.W. (1979), *Investment In Human Capital*, The Free Press, New York.

Skowera K. (2010), *Polityka prozdrowotna*, „Personel i Zarządzanie” nr 10, s. 30–31.

Słaba efektywność świadczeń medycznych dla pracowników, materiał internetowy <http://hrstandard.pl/2010/08/06/slaba-efektywnosc-swiadczen-medycznych-dla-pracownikow/>, dostęp 19.02.2012.

Wypadki przy pracy (monitoring rynku pracy) w 2005 r., (2006), GUS, Departament Pracy, Warszawa;

Wypadki przy pracy (monitoring rynku pracy) w 2008 r., (2009), GUS, Departament Pracy, Warszawa.

Wypadki przy pracy (monitoring rynku pracy) w 2009 r., (2010), GUS, Departament Pracy, Warszawa.

Wypadki przy pracy (monitoring rynku pracy) w 2010 r., (2011), GUS, Departament Pracy, Warszawa.

Janusz Chęłchowski, Brygida Kondracka
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Nowotwory złośliwe – problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa

Streszczenie: Nowotwory złośliwe stanowią problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Około 156 000 nowych zachorowań, 93 000 zgonów rocznie i ponad 320 000 osób z chorobą nowotworową pokazują skalę tego problemu.

Według standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe województwo warmińsko-mazurskie zajmuje 6. miejsce w ilości zachorowań u mężczyzn i 5. u kobiet. Przy czym występuje najwyższa w kraju umieralność z powodu raka żołądka u kobiet i mężczyzn. Najwyższy współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca u mężczyzn i 2. pozycja u kobiet. Zagrożenie nowotworem jelita grubego u kobiet (2. pozycja) i mężczyzn (3. pozycja). W populacji kobiet w ilości zachorowań na nowotwór złośliwy sutka, Warmia i Mazury zajmują 6. pozycję w Polsce. Natomiast nowotwór złośliwy szyjki macicy – 3 miejsce.

Powyższe statystyki są silnym impulsem do rozwoju programów ograniczających zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów, a także wskazują strategiczne priorytety w działaniach Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Malignant tumors – health and economic problem of the polish society

Abstract: Malignant tumors are a health and economic problem of the Polish society. About 156000 new cases of persons falling ill, 93000 deaths annually and more than 320000 people with cancerous disease show the scale of this problem.

According to the standardized factors of incidence of malignant tumors, the Warmia -Masuria Province holds 6th place in the number of falling ill in men and 5th in women. Additionally, mortality of stomach cancer in women and men is the highest in the country. The highest coefficient of mortality of malignant lung tumors in men and 2nd place in women. Hazard with colon tumor in women (2nd place) and in men (3rd place). In the population of women, in terms of cases of falling ill with malignant breast neoplasm, the region of Warmia and Masuria occupies 6th place in Poland. On the contrary, in terms of cervical cancer – 3rd place.

The above statistics are a strong impulse for the development of the programs restricting incidence and mortality of tumors, as well as indicate strategic priorities in activities of the Health Care Center of the Ministry of Internal Affairs with the Warmia and Masuria Oncology Center in Olsztyn.

Wstęp

Nowotwory złośliwe stanowią problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Około 156 000 nowych zachorowań, 93 000 zgonów rocznie i ponad 320 000 osób z chorobą nowotworową pokazują skalę tego problemu. W 2009 roku nastąpił przyrost zachorowań o około 2100 nowych przypadków. Natomiast liczba zgonów pozostała na podobnym poziomie jak w poprzednim roku.

Nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując ponad 26% zgonów u mężczyzn i 23% zgonów u kobiet.

Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem nie tylko w starszych grupach wieku, ale są główną przyczyną przedwczesnej umieralności przed 65. rokiem życia i na tym tle Polska negatywnie wyróżnia się wśród krajów europejskich. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w populacji kobiet – nowotwory przed 65. rokiem życia są już od kilku lat najczęstszą przyczyną zgonów (stanowią około 30% zgonów w grupie młodych kobiet i 50% zgonów wśród kobiet w średnim wieku). Do końca tej dekady nowotwory prawdopodobnie staną się także przyczyną nr 1 przedwczesnej umieralności mężczyzn. Obserwowane od wielu lat trendy zachodzące w częstości zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce są przede wszystkim wypadkową zmian zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe związane z ekspozycją na czynniki rakotwórcze dymu tytoniowego (palenie papierosów), szczególnie widoczne to jest w populacji kobiet. W 2009 roku po raz trzeci liczba kobiet, które zmarły w wyniku raka płuca, przekroczyła liczbę zgonów z powodu raka piersi.

W populacji mężczyzn nastąpiły w ostatnich dekadach korzystne zmiany polegające na zmniejszeniu odsetka palących, co przełożyło się na utrzymujący się od prawie 15 lat spadek częstości zachorowań (a co za tym idzie i zgonów) na nowotwory płuca. Ten korzystny zwrot dotyczył najpierw młodych mężczyzn, a od początku lat 90. także mężczyzn w średnim wieku. Nadal jednak nowotwory złośliwe płuca są najczęstszym, dominującym nowotworem złośliwym u mężczyzn, stanowiącym około jedną trzecią zachorowań i zgonów z powodu nowotworów.

Schorzeniem o największej dynamice wzrostu i drugim, co do częstości występowania, są nowotwory jelita grubego (okreźnica i odbytnica). Nowotwory żołądka (jedynie umiejscowienie o stałej, wyraźnej od 40 lat tendencji spadkowej) i gruczoł krokowy (przede wszystkim zachorowalność) to pozostałe najczęstsze lokalizacje nowotworowe u mężczyzn o podobnym poziomie umieralności.

W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów są piersć, płuco i jelito grube (okreźnica i odbytnica). Wzrost zagrożenia nowotworami płuca u kobiet wynika z faktu, że w wiek zwiększonego ryzyka choroby nowotworowej wchodzi kobiety urodzone w latach 1940–1960, które charakteryzowały się najwyższym poziomem ekspozycji na czynnik ryzyka, jakim jest palenie papierosów. W 2009 roku po raz pierwszy w historii nowotwory płuca stały się pierwszą nowotworową przyczyną zgonów wśród kobiet (14,5%) wyprzedzając najczęstszy dotychczas nowotwór piersi (12,8%). W dziesięciu województwach rak płuca był pierwszą przyczyną umieralności nowotworowej u kobiet. Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi od początku ubiegłej dekady wykazują plateau umieralności przy stale rosnącej zachorowalności.

Zahamowanie czy niewielki spadek umieralności przy wzroście zachorowań świadczy o pierwszych symptomach skuteczności profilaktyki wtórnej raka piersi w Polsce, ale wskazuje też, że prawdziwy sukces jest możliwy tylko przy populacyjnym (a nie oportunistycznym) przesiewowym programie diagnostycznym, jak to demonstrowa przykład Wielkiej Brytanii czy USA. W 2009 po raz pierwszy liczba nowych przypadków raka piersi wzrosła o ponad 1000, przy czym 66% tej liczby przypada na kobiety w wieku 50–64 lata, zmniejszyła się również umieralność. Na trzeciej pozycji wśród najczęstszych zgonów znajdują się w ostatnich pięciu latach nowotwory złośliwe jelita grubego. Coraz bardziej niepokojąca jest stale wysoka umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy, które w innych krajach europejskich (np. w Finlandii, Szwecji) stały się schorzeniem niezwykle rzadkim. Polska jest krajem, w którym dwa zjawiska decydują o wysokim zagrożeniu populacji nowotworami złośliwymi: wielkość ekspozycji na czynniki ryzyka, przede wszystkim dym tytoniowy, oraz opóźnienie we wprowadzaniu populacyjnych (a nie oportunistycznych) programów wczesnej diagnostyki i leczenia nowotworów szyjki macicy, piersi i jelita grubego (u mężczyzn i kobiet), a także ich niska skuteczność, wynikająca z ograniczonego uczestnictwa społeczeństwa [Didkowska i in. 2011, s. 2–3].

Rejestracją nowotworów złośliwych w województwie warmińsko-mazurskim zajmuje się Warmińsko-Mazurski Rejestr Nowotworów funkcjonujący w strukturach Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Warmińsko-Mazurski Rejestr Nowotworów jest rejestrem populacyjnym, gromadzi dane, dotyczące zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe osób zameldowanych na pobyt stały w województwie warmińsko-mazurskim na podstawie elektronicznie wygenerowanych danych, napływających do Rejestru z jednostek opieki zdrowotnej na Kartach zgłoszeń Nowotworów Złośliwych Mz/N-1a (KZNZ).

Struktura ludności Polski według płci i 5-letnich grup wieku została przedstawiona na podstawie danych otrzymanych z Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30 czerwca 2009 roku według stałego miejsca zamieszkania (rys. 1).

Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku została opracowana na podstawie danych pochodzących ze świadectw zgonów gromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. W niniejszym opracowaniu zbiór zgonów na nowotwory złośliwe został ograniczony do obywateli polskich, co sprawia, że dane tu zawarte mogą różnić się od prezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny.

W Polsce obowiązuje obecnie X Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (1994), zgodnie z Komunikatem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1996 r. w sprawie wprowadzenia X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych [Dz. Urz. MZiOS 1996, nr 13 poz. 35]. Wszystkie podmioty prowadzące badania statystyczne w ramach programu badań statystyki publicznej zobowiązane są do stosowania tej rewizji [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 1994].

W niniejszym opracowaniu zamiast terminu „zachorowalność” używa się zwykle terminu „zarejestrowana zachorowalność” dla podkreślenia, że opisywane dane o zachorowalności obciążone są pewnym niedorejestrowaniem.

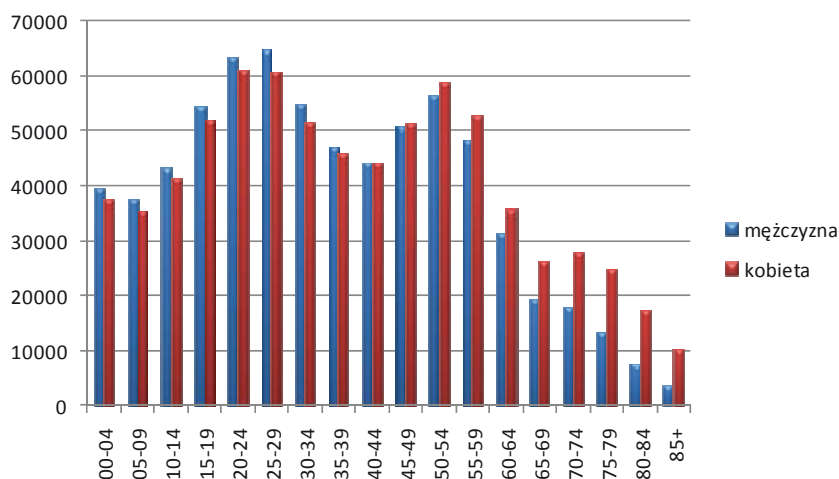
Kompletność rejestracji nowotworów złośliwych w Polsce w 2009 roku wynosi 89%. W województwie warmińsko-mazurskim niedorejestrowanie kształtuje się na poziomie 8% u kobiet i 12% u mężczyzn.

Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w województwie warmińsko-mazurskim w 2009 roku

Województwo warmińsko-mazurskie zamieszkuje 1 429 875 osób: 696 792 mężczyzn oraz 733 083 kobiet. Najliczniejszą grupę stanowią mężczyźni w wieku 20–24 lat (68 096 osób) oraz kobiety w wieku 25–29 lat (64 555 osób). Najmniej liczni mieszkańcy Warmii i Mazur to mężczyźni oraz kobiety po 85 roku życia.

W przedziale wiekowym 40–44 lata liczba kobiet i mężczyzn jest porównywalna, jednak już w przedziale 60–64 lata jest o 4 656 więcej kobiet niż mężczyzn. W kolejnych latach różnica ta jest coraz większa. W przedziale wiekowym 75–79 więcej o 11 205 kobiet niż mężczyzn zamieszkuje nasze województwo.

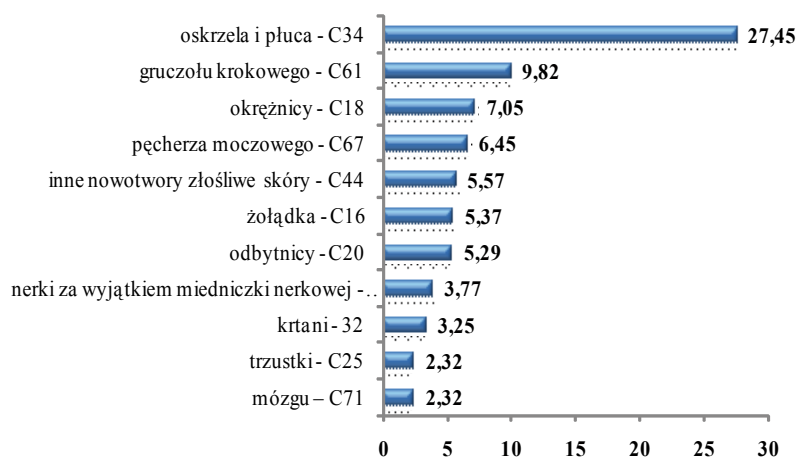
Rys. 1. Ludność wg płci i wieku w woj. warmińsko – mazurskim w 2009 r.



Źródło: Na podstawie danych otrzymanych z Głównego Urzędu Statystycznego

W 2009 roku Warmińsko-Mazurski Rejestr Nowotworów odnotował 2495 pierwszorazowych zachorowań u mężczyzn i 2533 u kobiet, łącznie 5028 nowo zarejestrowane zgłoszenia. Liczba ta zwiększyła się o 765 (354 u mężczyzn i 411 u kobiet) w stosunku do roku 2007.

Zanotowano różnice zachorowań wśród mężczyzn i kobiet, współczynniki surowe i standaryzowane wynoszą odpowiednio 358,1 i 269,5 na 100 tys. mężczyzn oraz 345,5 i 217,7 na 100 tys. kobiet.

Rys. 2. Wskaźnik struktury zachorowań na nowotwory złośliwe – mężczyźni, 2009 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

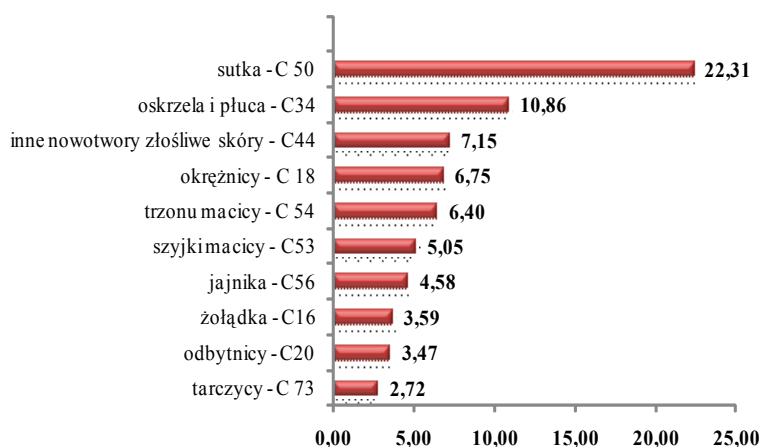
Tab. 4. Struktura zarejestrowanych zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe u mężczyzn, 2009 r.

Nowotwór złośliwy	liczba bezwzględna	wskaźnik struktury	współczynnik surowy	współczynnik standaryzowany
			na 100 000	
oskrzela i płuca – C34	685	27,45	98,3	73,6
gruczołu krokowego – C61	245	9,82	35,2	25,9
okreźnicy – C18	176	7,05	25,3	19,0
pęcherza moczowego – C67	161	6,45	23,1	17,0
inne nowotwory złośliwe skóry – C44	139	5,57	19,9	14,1
żołądka – C16	134	5,37	19,2	14,1
odbytnicy – C20	132	5,29	18,9	14,1
nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej – C64	94	3,77	13,5	10,0
krtani – C32	81	3,25	11,6	8,5
trzustki – C25	58	2,32	8,3	5,9
mózg – C71	58	2,32	8,3	7,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

W zbiorze danych dotyczących zachorowań na nowotwory złośliwe w 2009 roku, najczęściej rejestrowanymi nowotworami w populacji mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca 27,45%, gruczołu krokowego 9,82%, okrężnicy 7,05% oraz pęcherza moczowego 6,45%. Najwyższy poziom zachorowań występuje u mężczyzn w wieku 55–74 lat ze szczytem zachorowań w grupie wiekowej 70–74 lat.

Rys. 3. Wskaźnik struktury zachorowań na nowotwory złośliwe – kobiety, 2009 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

Tab. 5. Struktura zarejestrowanych zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe w 2009 r. u kobiet

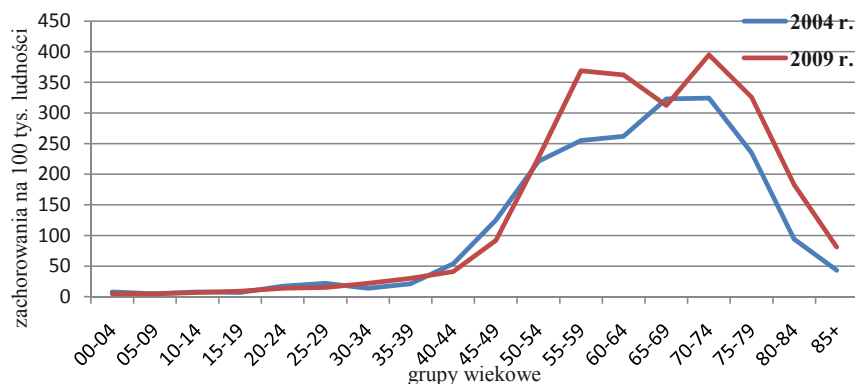
Nowotwór złośliwy	liczba bezwzględna	wskaźnik struktury	współczynnik surowy	współczynnik standaryzowany
			na 100 000	
sutka – C 50	565	22,31	77,1	52,3
oskrzela i płuca – C34	275	10,86	37,5	22,9
inne nowotwory złośliwe skóry – C 44	181	7,15	24,7	13,5
okrężnicy – C 18	171	6,75	23,3	12,9
trzonu macicy – C 54	162	6,4	22,1	14,6
szyjki macicy – C 53	128	5,05	17,5	12,2

jajnika – C56	116	4,58	15,8	10,5
żołądka – C16	91	3,59	12,4	6,7
odbytnicy – C20	88	3,47	12	6,8
tarczycy – C 73	69	2,72	9,4	7,4
nerki za wyjątkiem mied- niczki nerkowej – C64	66	2,61	9	5,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

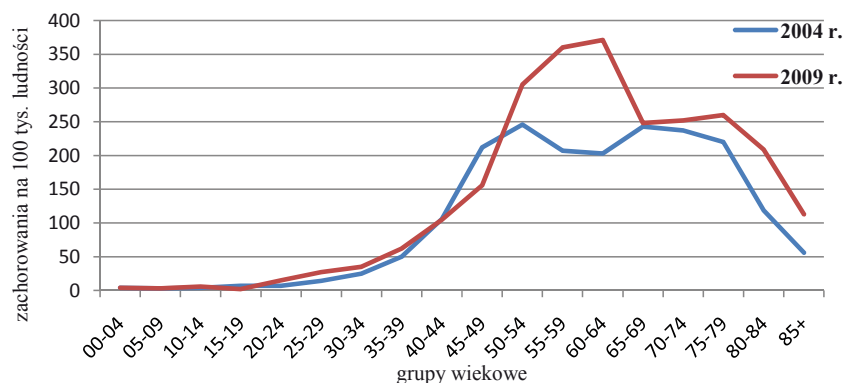
W populacji kobiet pierwsze miejsce zajmuje nowotwór sutka 22,31%. Kolejne nowotwory to nowotwór płuca 10,86%, inne nowotwory złośliwe skóry 7,15%, okrężnicy 6,75%, i trzonu macicy 6,4%. U kobiet sytuacja w poszczególnych powiatach jest również podobna. Największy odsetek zachorowań można odnotować u kobiet, które przekroczyły 45 rok życia i w przeciwieństwie do mężczyzn szczyt zachorowań u kobiet występuje w grupie wiekowej 55–59 lat.

Rys. 4. Zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe w 5-letnich grupach wieku w 2004 i 2009 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

Rys. 5. Zachorowania kobiet na nowotwory złośliwe ogółem w 5-letnich grupach wieku w 2004 i 2009 roku



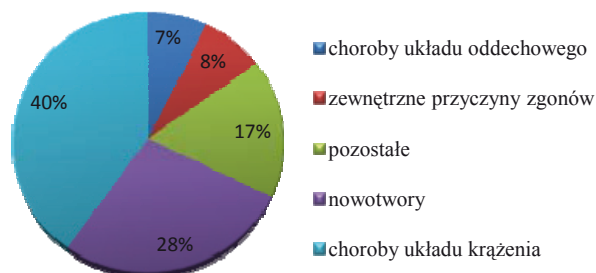
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

W 2008 roku odnotowano 5028 (2495 u mężczyzn i 2533 u kobiet) zachorowań na nowotwory złośliwe, gdzie w 2004 roku (2038 u mężczyzn i 1973 u kobiet) zarejestrowano 4011 pierwszorazowych zachorowań.

Zarejestrowane zgony na nowotwory złośliwe w województwie warmińsko-mazurskim w 2008 r.

Najczęstszą przyczyną zgonów w 2009 roku w województwie warmińsko-mazurskim były choroby układu krążenia oraz nowotwory. W rejestrze odnotowano 3319 zgonów z powodu chorób nowotworowych, w tym 1876 to zgony zarejestrowane wśród mężczyzn, a 1443 wśród kobiet. Surowe współczynniki umieralności w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynoszą w województwie warmińsko-mazurskim 269,2 dla mężczyzn i 196,8 dla kobiet.

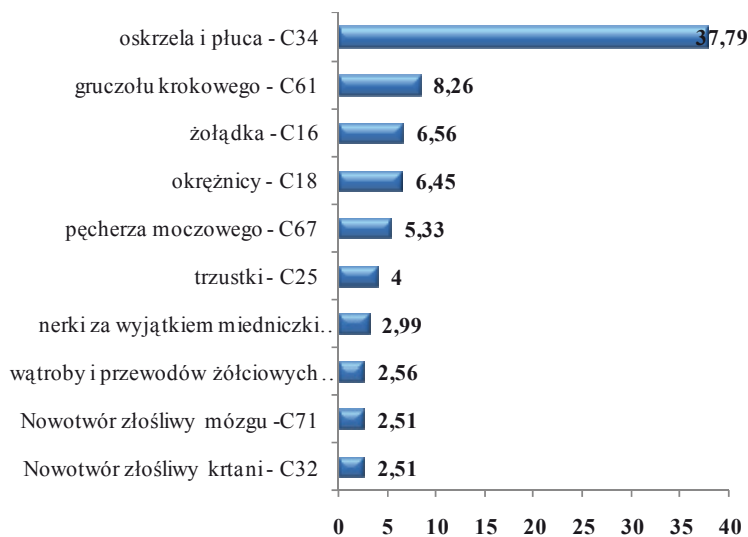
Rys. 6. Struktura zgonów wg przyczyn w województwie warmińsko-mazurskim 2008 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

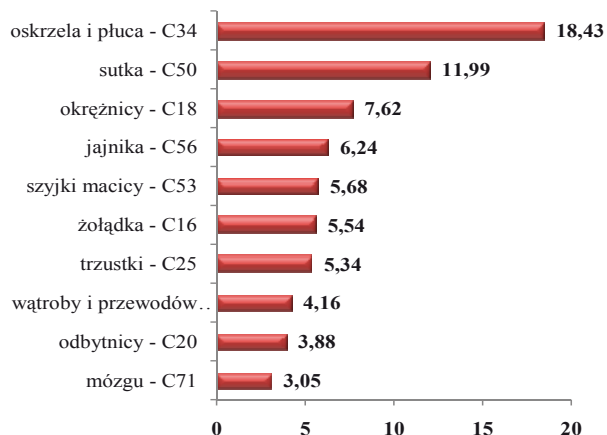
Największa liczba zgonów zanotowano wśród mężczyzn którzy przekroczyli 50 rok życia ze szczytem umieralności w grupie wiekowej 70–74 lat, natomiast największą ilość zgonów wśród kobiet zanotowano powyżej 65 roku życia ze szczytem umieralności w grupie wiekowej 75–79 lat.

Rys. 7. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w województwie warmińsko-mazurskim, mężczyźni – 2009 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

Rys. 8. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w województwie warmińsko-mazurskim, kobiety – 2009 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Warmińsko-Mazurskiego Rejestru Nowotworów

Zarówno w populacji mężczyzn jak i populacji kobiet największy odsetek zgonów na nowotwory złośliwe stanowiły zgony z powodu nowotworu złośliwego płuca 37,79% u mężczyzn (liczba bezwzględna 709), a 18,43% u kobiet (liczba bezwzględna 266). Kolejnymi nowotworami złośliwymi, które spowodowały zgon u mężczyzn są: nowotwór gruczołu krokowego 8,26% (liczba bezwzględna 155), żołądka 6,56% (liczba bezwzględna 123), okrężnicy 6,45% (liczba bezwzględna 121). Natomiast u kobiet – nowotwory sutka 11,99% (liczba bezwzględna 173), okrężnicy 7,62% (liczba bezwzględna 110), jajnika 6,24% (liczba bezwzględna 90).

Największą ilość zgonów z powodu nowotworów złośliwych zanotowano w głównych ośrodkach miejskich województwa warmińsko-mazurskiego:

- Miasto Olsztyn – 390 zgonów (w 2007 zanotowano 377 zgonów)
- Miasto Elbląg – 343 zgony (w 2007 zanotowano 333 zgony)
- Powiat olsztyński – 284 zgonów (w 2007 zanotowano 255 zgonów)
- Powiat ostródzki – 278 zgonów (w 2007 zanotowano 238 zgonów)
- Powiat iławski – 200 zgonów (w 2007 zanotowano 201 zgonów)

Podsumowanie

Według standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe województwo warmińsko-mazurskie zajmuje 6. miejsce w ilości zachorowań u mężczyzn i 5. u kobiet. Przy czym występuje najwyższa w kraju umieralność z powodu raka żołądka u kobiet i mężczyzn. Najwyższy współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca u mężczyzn i 2. pozycja u kobiet. Zagrożenie nowotworem jelita grubego u kobiet (2. pozycja) i mężczyzn (3. pozycja). W populacji kobiet w ilości zachorowań na nowotwór złośliwy sutka, Warmia i Mazury zajmują 6. pozycję w Polsce. Natomiast nowotwór złośliwy szyjki macicy – 3 miejsce.

W 2009 roku Warmińsko-Mazurski Rejestr Nowotworów odnotował 2495 pierwszorazowych zachorowań u mężczyzn i 2533 u kobiet, łącznie 5028 nowo zarejestrowane zgłoszenia, co stanowi wzrost o 765 (354 u mężczyzn i 411 u kobiet) w stosunku do roku 2007.

W zbiorze danych dotyczących zachorowań na nowotwory złośliwe w 2009, najczęściej rejestrowanymi nowotworami w populacji mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca 27,87%, gruczołu krokowego 9,82%, okrężnicy 7,05% oraz pęcherza moczowego 6,45%. Zachorowalność na nowo-

twory we wszystkich powiatach kształtuje się bardzo podobnie. Najwyższy poziom zachorowań występuje u mężczyzn w wieku 55–74 lat ze szczytem zachorowań w grupie wiekowej 70–74 lat.

W populacji kobiet pierwsze miejsce zajmuje nowotwór sutka 22,31% kolejne nowotwory to nowotwór płuca 10,86%, inne nowotwory złośliwe skóry 7,15%, okrężnicy 6,75%, i trzonu macicy 6,4%. U kobiet sytuacja w poszczególnych powiatach jest również podobna. Największy odsetek zachorowań można odnotować u kobiet, które przekroczyły 45 rok życia i w przeciwieństwie do mężczyzn szczyt zachorowań u kobiet występuje w grupie wiekowej 55–59 lat.

Odnotowano 3319 zgonów z powodu chorób nowotworowych, w tym 1876 to zgony zarejestrowane wśród mężczyzn, a 1443 wśród kobiet. Surowe współczynniki umieralności w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynoszą w województwie warmińsko-mazurskim 269,2 dla mężczyzn i 196,8 dla kobiet.

Zarówno w populacji mężczyzn jak i populacji kobiet największy odsetek zgonów na nowotwory złośliwe stanowiły zgony z powodu nowotworu złośliwego płuca 37,79% u mężczyzn a 18,43% u kobiet. Kolejnymi nowotworami złośliwymi, które spowodowały zgon u mężczyzn, są: nowotwór gruczołu krokowego 8,26%, żołądka 6,56%, okrężnicy 6,45%. U kobiet przyczyną zgonu były nowotwory sutka 11,99%, okrężnicy 7,62%, jajnika 6,24%.

Największa liczba zgonów została zanotowana wśród mężczyzn, którzy przekroczyli 50 rok życia ze szczytem umieralności w grupie wiekowej 70–74 lat, największą ilość zgonów zanotowano wśród kobiet powyżej 65 roku życia ze szczytem umieralności w grupie wiekowej 75–79 lat.

Analiza danych dotyczących zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych stanowi podstawę do analiz epidemiologicznych, może być źródłem wiedzy do kształtowania regionalnej polityki zdrowotnej, działań profilaktycznych, a także propagowania prozdrowotnych zachowań mieszkańców Warmii i Mazur.

Powyższe statystyki są silnym impulsem do rozwoju programów ograniczających zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów, a także wskazują strategiczne priorytety w działaniach Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Bibliografia

Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2011), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku*, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa.

Gos A., Nowicka I., (2011), *Nowotwory złośliwe w województwie warmińsko-mazurskim w 2009 roku*, Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Olsztyn.

<http://www.stat.gov.pl/gus> 15.02.2012

Edward Chrzan
Politechnika Częstochowska

Wykorzystanie różnych form rekreacji fizycznej w prozdrowotnych trendach spędzaniu czasu wolnego

Streszczenie: Przeprowadzone badanie wskazuje na małą aktywność ruchową ludzi dorosłych. Co trzeci z respondentów prowadzi nieaktywny ruchowo tryb życia, nie korzystając przy tym z rekreacji fizycznej. Do najpopularniejszych form rekreacji ruchowej należą: spacer, jazda na rowerze, uprawianie ogródka i wyjazdy turystyczne. Aktywność ruchowa maleje wraz z wiekiem. Natomiast niezależnie od wieku wśród ludzi prowadzących aktywny tryb życia popularne są takie formy rekreacji jak: jazda na rowerze, nordic walking, jogging, aerobik, fitness, pływanie, narciarstwo.

Using Various Forms of Physical Recreation in Health Trends of Leisure

Summary: The survey carried out shows on a small physical activity of adults. Around 30% of respondents leads inactive lifestyle, while not using physical recreation. To the most popular forms of recreation mobility belong: walks, bike riding, the pursuit of the back garden and tourist visits. Motion activity declines with age. But regardless of age among the people carrying out active lifestyle are popular such forms of recreation as: cycling, nordic walking, jogging, aerobik, fitness, swimming, skiing.

Zachodzące w świecie zmiany społeczno-gospodarcze wpływające na zachowania ludzkie (w ogólnym sensie) postępują według pewnych dających się zauważyć trendów. Po raz pierwszy 10 takich najistotniejszych trendów nazwanych megatrendami wyróżnił w 1982 roku John Naisbitt [1997]. Z teorią megatrendów koresponduje teoria „trzeciej fali” [Toffler 1997], wg której nadchodzi – a właściwie już się realizuje – epoka społeczno-industrialna związana bezpośrednio z powstaniem nowych technologii. Zgodnie z teorią trzeciej fali kształtuje się nowy styl życia oparty w znacz-

nym stopniu o produkcję towarów i usług częściowo na potrzeby własne a częściowo na wymianę z najbliższym otoczeniem. Spowoduje to zasadniczą zmianę paradygmatu gospodarowania i rozwoju.

Koncepcja trzeciej fali zakłada także, że nastąpi przewrót w psychosferze i całej organizacji życia społecznego (w pracy, edukacji, odpoczynku, itp.) [por. Gerken, Konitzer 1995]. Jednym z tych istotnych trendów związanych z trzecią falą ma być nastawienie na zdrowy tryb życia, wiążący się z zachowaniami proekologicznymi, sposobami zdrowego odżywiania czy wreszcie uprawianiem sportu i rekreacji ruchowej.

Owszem, trendy te są jak najbardziej widoczne, ale tymczasem zmartwieniem lekarzy, socjologów czy wreszcie polityków jest inny dający się zauważyć trend: niehigieniczny tryb życia związany z niezdrowym odżywianiem się oraz nieaktywnym ruchowo trybem życia. Jednocześnie z tym mało aktywnym ruchowo trybem życia w wielu warstwach społecznych związane jest życie w ciągłym stresie, co rodzi szereg dolegliwości, które z kolei powodują nadużywanie leków czy też zwalczane są za pomocą różnego typu używek.

Należy zatem powiedzieć, iż daje się zauważyć pewna polaryzacja trendów: w jednych grupach społecznych coraz powszechniejsze są zachowania prozdrowotne, natomiast w innych nasila się niehigieniczny tryb życia.

Dla pierwszej z ww. grup problem zdrowia w rozumieniu chęci utrzymania przez jak najdłuższy okres życia kondycji fizycznej i psychicznej – zważywszy, że jednocześnie średnia długość życia człowieka uległa znacznemu wydłużeniu – będzie zatem odgrywać coraz większą rolę. Poza tym koszty leczenia – szczególnie specjalistycznego – są znacznym obciążeniem dla budżetów rodzinnych¹, zatem coraz więcej ludzi rozumie potrzebę zapobiegania chorobom.

Niestety jest i ta druga część społeczeństwa, dla której zachowania prozdrowotne są czystą abstrakcją. Rozwija się nawet swego rodzaju moda na niehigieniczny tryb życia. Gdybyż takie zachowania mogły być jedynie sprawą tychże ludzi, można by powiedzieć, że sami są odpowiedzialni za swój los i sami ponoszą konsekwencje swego trybu życia. Jednak koszty wynikające z efektów takich zachowań ponosi całe społeczeństwo.

Trzeba zatem powiedzieć, że zdrowie nabiera ceny i przełom jest potrzebny. Lekarze i pedagodzy alarmują, że młode pokolenie Polaków

¹ Koszty leczenia wcale nie muszą rosnąć, ale w istotny sposób uszczuplają relatywnie fundusz swobodnej decyzji, ponieważ inne potrzeby związane np. z podnoszeniem stopy życiowej rosną znacznie szybciej.

w wyniku rozwoju niehigienicznego trybu życia jest dziś mniej sprawne od swoich rodziców. Na spędzanie przez młodzież czasu wolnego w sposób dalece odbiegający od właściwych standardów zdrowotnych wskazują też badania prowadzone przez autora niniejszego artykułu [por. Chrzan, Sowiec-Kasprzyk 2009; Chrzan 2011]².

Problem aktywności ruchowej człowieka, jako jednego z głównych czynników warunkujących jego zdolność do wykonywania wysiłków fizycznych, stał się szczególnie istotny w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Słabe usportowienie znacznej części społeczeństwa sięga poziomu krytycznego, budząc głosy nawołujące do jak najszybszej poprawy tego stanu. Wiele obserwacji i badań wskazuje, że zmniejszanie się udziału cięższych wysiłków fizycznych w pracy zawodowej i w innych czynnościach życia codziennego wpływa ujemnie na właściwości biologiczne i motoryczne współczesnego człowieka. Ruch jest najlepszą formą działania profilaktycznego, a jego brak daje o sobie znać w postaci zaburzeń tak w sferze somatycznej jak i psychicznej.

Aktywny ruchowo wypoczynek, rekreacja fizyczna powinny zatem stać się, jeśli nie dominującą, to przynajmniej istotną częścią życia współczesnego człowieka i można domniemać, że znaczna część członków społeczeństwa zdaje sobie z tego sprawę i stara się korzystać z różnych form rekreacji ruchowej.

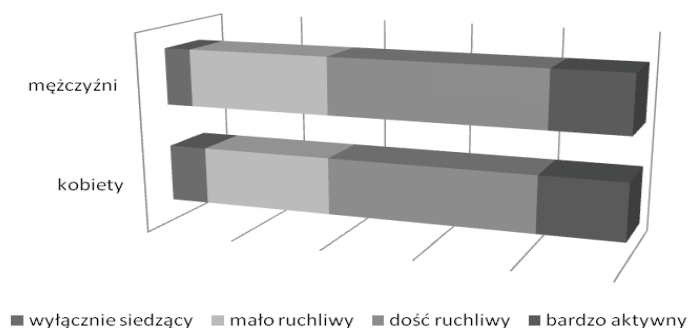
Z przeprowadzonych przez autora badań³ wynika, że więcej niż co trzeci z badanych respondentów prowadzi mało aktywny ruchowo tryb życia (8% wyłącznie siedzący, 30% mało ruchliwy). Niemal połowa (45%) respondentów deklaruje prowadzenie „dość ruchliwego” trybu życia, a tylko co szósty z badanych respondentów twierdzi, iż prowadzi bardzo aktywny ruchowo tryb życia. Struktura ta dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn (rys. 1⁴).

Styl życia Polaków, pewne nawyki kulturowe itd. powodują, że aktywność ruchowa jest właściwie domeną ludzi młodych, szczególnie tych będących w wieku szkolnym. Jakkolwiek można i należy uważać, że młodzież nie korzysta w pełni z rekreacji ruchowej, to wraz z wejściem w dorosłość sytuacja staje się znacznie gorsza i pogłębia się jeszcze wraz z wiekiem (rys. 2).

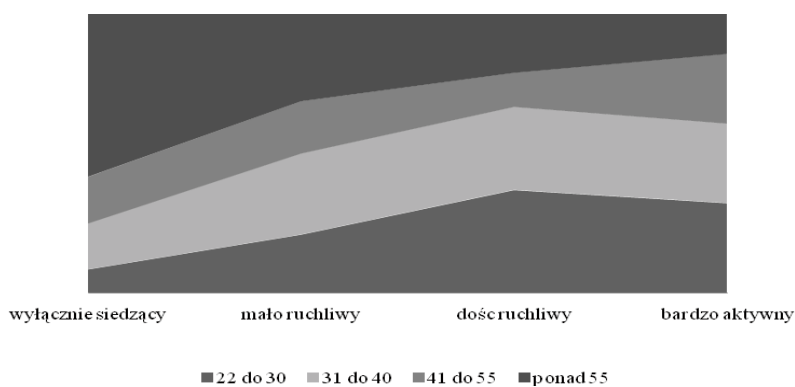
² Do wyników tych badań autor odnosi się też w dalszej części artykułu.

³ Badanie ankietowe przeprowadzono w styczniu 2012 r. na próbie 642 respondentów z regionu częstochowskiego za pomocą specjalnie sporządzonego kwestionariusza.

⁴ Rysunki mają charakter poglądowy; dokładne dane znajdują się w tekście.

Rys. 1. Tryb życia respondentów ze względu na płeć

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rys. 2. Tryb życia respondentów ze względu na wiek

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

W porównaniu z młodzieżą szkolną, ludzie dorośli nie tylko są mniej aktywni ruchowo, lecz i wykazują znacznie mniejsze zróżnicowanie wykonywanych form rekreacji fizycznej. Biorąc pod uwagę całą próbę badawczą – najczęściej (50% wskazań) uprawianą przez respondentów formą rekreacji są spacer w miejscu zamieszkania (np. po parku), przy czym dla co czwartego respondenta jest to podstawowa forma rekreacji. Znaczna część respondentów (37%) korzysta z jazdy na rowerze przy czym częściej (20%) traktuje to jako podstawową niż uzupełniającą formę rekreacji. W następnej kolejności, niemal co trzeci z respondentów wymienia uprawianie ogródka (31%) oraz wyjazdy turystyczne⁵ (29%), lecz w tych przypadkach

⁵ W kategorii „wyjazdy turystyczne” najczęściej mieszczą się krótkie wycieczki (wyjazdy za miasto).

jest to częściej uzupełniająca niż podstawowa (odpowiednio 12% i 9%) forma rekreacji. Częściej wymienianymi przez respondentów formami rekreacji (15–5%) są też odpowiednio: zajęcia na siłowni lub w klubach fitness, narciarstwo, pływanie, gimnastyka w domu, łowienie ryb, gry zespołowe, tenis, nordic walking, jazda na motorze/kładzie. Natomiast takie formy rekreacji jak: jogging, taniec, sporty walki, tenis stołowy, wioślarstwo, żeglarsstwo, sporty lotnicze, wspinaczka, hippika, łyżwiarstwo czy paintball są wymieniane przez respondentów znacznie rzadziej (rys. 3).

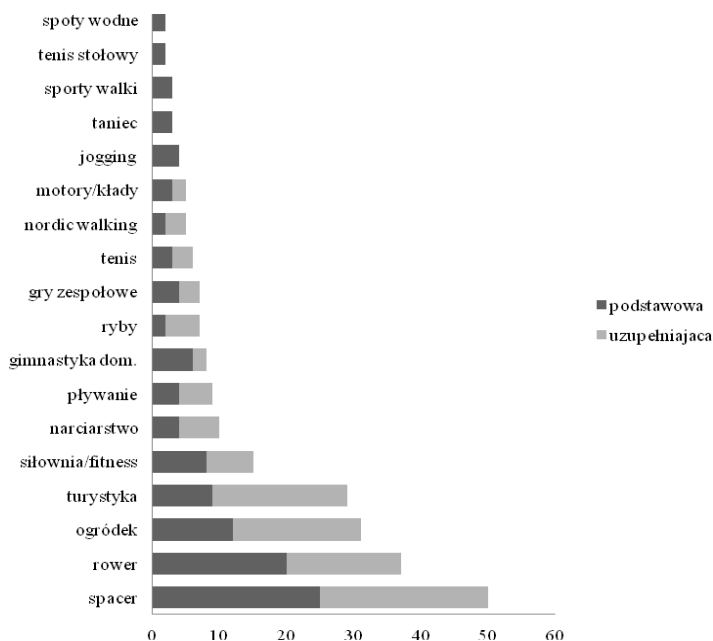
Natomiast w rozróżnieniu na płeć i wiek respondentów, w poszczególnych grupach sytuacja przedstawia się następująco:

- Wśród kobiet w wieku od 22 do 30 lat najbardziej popularną (54%) formą rekreacji jest jazda na rowerze, przy czym młode cyklistki traktują to najczęściej jako podstawową formę rekreacji. Niemal co druga (46%) z kobiet w tej grupie lubi spacerować, ale spacer traktuje głównie jako uzupełniającą formę aktywnego wypoczynku. Z kolei co trzecia (33%) młoda kobieta uprawia aerobik czy fitness. W tej grupie dość popularne (około 20%) są też: wyjazdy turystyczne, uprawianie ogródka, gimnastyka domowa oraz taniec. Rzadziej wymieniane (w kolejności występowania) są: pływanie, łyżwiarstwo, jogging, wspinaczka skałkowa, tenis, sporty walki, gry zespołowe, tenis stołowy, bilard, narciarstwo, motory/kłady.
- W grupie mężczyzn w tym samym wieku również najbardziej popularną (44%) formą rekreacji jest jazda na rowerze traktowana przez większość jej zwolenników jako podstawowa forma aktywnego wypoczynku. Wśród młodych mężczyzn popularnością cieszą się też (około 30%) gry zespołowe jako podstawowa oraz spacer jako uzupełniająca forma rekreacji. Co czwarty (około 25%) z respondentów tej grupy wymienia (głównie jako podstawową formę rekreacji) zajęcia na siłowni oraz narciarstwo (jako formę uzupełniającą). Dość popularne (około 20%) są w tej grupie również: turystyka, łowienie ryb oraz jogging. Respondenci w tej grupie wskazują też na uprawianie takich form rekreacji jak: wspinaczka skałkowa, tenis, gimnastyka domowa, sporty walki, motory/kłady, żeglarsstwo.

Formy rekreacji wybierane przez kobiety oraz mężczyzn w tej grupie wiekowej są właściwie te same. Co prawda panowie wolą taniec i uprawianie ogródka zastąpić łowieniem ryb, ale pozostałe formy są wymieniane w obu grupach z niemal identyczną intensywnością. Wymieniane formy rekreacji można nazwać tradycyjnymi. Warto zwrócić jedynie uwagę na ro-

snącą zarówno wśród pań jak i panów popularność wspinaczki skałkowej (wspinaczki na ścianie). Niestety rośnie też wśród młodych ludzi popularność jazdy na motorach i kładach, czego tak ze względów zdrowotnych jak i ekologicznych, nie należałoby uznawać za preferowane formy rekreacji.

Rys. 3. Formy rekreacji, z których najczęściej korzystają respondenci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

- W grupie kobiet w wieku 31–40 lat najczęściej (48%) uprawianą formą rekreacji są spacery w miejscu zamieszkania – nieco częściej traktowane jako forma uzupełniająca niż podstawowa. Dość często (37%) kobiety w tej grupie wiekowej korzysta z jazdy na rowerze, przy czym połowa z nich wskazuje na rower jako na swą podstawową formę aktywnego wypoczynku. Prawie co trzecia (30%) z pań jeździ na nartach, jednak żadna z respondentek nie wymieniła tego sportu jako swej podstawowej formy rekreacji fizycznej. Równie popularna w tej grupie jest turystyka wyjazdowa, która dla pań „turystek” stanowi najczęściej uzupełnienie innych rodzajów rekreacji ruchowej. Co czwarta (26%) kobieta w tej grupie wiekowej uprawia ogródek, przy czym większość z tych pań traktuje to jako swą podstawową formę rekreacji fizycznej. Podobną popularnością cieszy się też pływanie, które stanowi dla pływających pań

głównie uzupełniającą formę aktywnego wypoczynku. Co piąta (19%) z pań w tym wieku wskazuje na gimnastykę domową jako (przeważnie główną) uprawianą przez siebie formę rekreacji ruchowej. Podobna ilość pań uprawia aerobik, jednak respondenci w badanej grupie wskazywały jedynie na uzupełniającą rolę tego rodzaju zajęć. Panie w tej grupie wiekowej uprawiają też nordic walking, лыжничество, gry zespołowe, wspinaczkę skalną czy łowienie ryb.

- Natomiast wśród panów w tej grupie wiekowej najczęściej (31%) wskazywaną przez respondentów formą rekreacji fizycznej jest pływanie (głównie jako forma uzupełniająca). W badanej grupie niemal co czwarty (23%) z panów jako swą podstawową formę rekreacji ruchowej wymienia zajęcia na siłowni. Równie popularne (około 20% wskazań) są też: jazda na rowerze, jazda na motorach/łódkach, wyjazdy turystyczne, gry zespołowe, łowienie ryb czy tenis. Czasem (15–5%) głównie jako uzupełniająca forma aktywnego wypoczynku wymieniane są: spacer, narciarstwo, wspinaczka czy uprawianie ogrodu.
- Większość (67%) kobiet w wieku 41–55 lat korzysta ze spacerów w miejscu zamieszkania, przy czym jest to dla tych pań najczęściej podstawowa forma rekreacji ruchowej. Niemal tyle samo (61%) kobiet w tej grupie w ramach aktywnego wypoczynku zajmuje się uprawą ogrodu, przy czym dla połowy z pań „ogrodnicze” jest to podstawowa forma rekreacji fizycznej. Znaczna część (44%) pań z tej grupy wiekowej korzysta z jazdy na rowerze, a prawie połowa z nich traktuje to jako swą podstawową formę rekreacji ruchowej. Czasem (około 10%) respondenci w tej grupie wymieniają jako uprawianą przez siebie formę rekreacji fizycznej: turystykę wyjazdową, pływanie, nordic walking, gimnastykę domową oraz narciarstwo. Inne formy, takie jak: łowienie ryb, jogging czy lekkoatletyka pojawiają się jednostkowo.
- Podobnie rzecz ma się wśród mężczyzn z tej grupy wiekowej. I tutaj główną formą rekreacji ruchowej są spacer w miejscu zamieszkania (52%) oraz jazda na rowerze (35%), które najczęściej wymieniane są jako podstawowy rodzaj aktywnego wypoczynku. Co czwarty (26%) mężczyzna w tej grupie wiekowej korzysta też z wypoczynku w formie turystyki wyjazdowej (znacznie częściej jako formy uzupełniającej). Czasem (15–5%) mężczyźni z tej grupy w badanej próbie wymieniają: uprawianie ogrodu, narciarstwo, pływanie, jogging, tenis stołowy, tenis ziemny, jazdę na motorze/łódce oraz wspinaczkę/turystykę górską. Taniec, żeglarskie czy sporty lotnicze wymieniane są jedynie przez pojedynczych amatorów tych dyscyplin.

- Wśród kobiet w najstarszej grupie wiekowej (ponad 55 lat) bardzo często (83%) i to najważniejszą formą aktywnego wypoczynku są spacery w miejscu zamieszkania. Na drugim miejscu (70%) znajduje się uprawianie ogródka, które też jest najczęściej najważniejszą formą aktywnego wypoczynku dla pań z tej grupy wiekowej. Co trzecia z pań (30%) wymienia też (ale prawie zawsze jako formę uzupełniającą) turystykę wyjazdową. Część z pań (około 10%) – też głównie jako formy uzupełniające – wymienia: jazdę na rowerze, nordic walking czy gimnastykę domową. Natomiast np. aerobik czy taniec są wymieniane jedynie wyjątkowo.
- Co drugi (53%) z panów w tej grupie wymienia korzystanie z turystyki wyjazdowej, ale niemal wyłącznie jako formy uzupełniającej aktywnego wypoczynku. Niemal równie często – po równo przez 47% – wymienianymi formami rekreacji ruchowej są dla panów w tym wieku spacery i jazda na rowerze, które są przy tym dla wymienianych najczęściej głównymi formami aktywnego spędzania czasu. Poza tym panowie w tym wieku zajmują się niemal wyłącznie uprawą ogródka (40%) i łowieniem ryb (20%), gdyż takie dyscypliny jak pływanie czy gry zespołowe są wymieniane jedynie w pojedynczych przypadkach.

Przedstawione powyżej wyniki wskazują jedynie na formy rekreacji ruchowej, z jakich korzystają respondenci w badanej próbie. Jakkolwiek pewne „modne” formy rekreacji związane z propagowaniem zdrowego trybu życia, takie jak: jogging, nordic walking czy aerobik są wskazywane przez respondentów, to trzeba je jednak uznać za pewne formy elitarne. Daje się też zauważyć małą popularność tańca, tak wydawałoby się modnej i propagowanej formy aktywności ruchowej (która – nota bene – zajmuje poczytne miejsce wśród młodzieży szkolnej). Jeśli spacer uznać za powszechną, tanią, nie wymagającą żadnych specjalnych warunków ani przygotowania, a więc naturalną formę rekreacji, to wśród pozostałych form rekreacji fizycznej (nazwijmy je kwalifikowanymi) najbardziej popularną jest jazda na rowerze. Co prawda z jednej strony można ją uznać za formę tradycyjną, to z drugiej strony pewnego rodzaju moda na sporty rowerowe jak i uznanie roweru za środek komunikacji jest efektem nasilających się ostatnio działań propagujących zdrowy tryb życia.

To, że ktoś wskazuje na uprawianie przez siebie danej formy rekreacji fizycznej jeszcze nie świadczy o jego zdrowym trybie życia. Może taki „mól komputerowy” raz na miesiąc pojeździ pół godziny na rowerze i już wskazuje na uprawianie przez siebie tej formy aktywności ruchowej? Zobaczmy teraz zatem jak wygląda intensywność zajęć rekreacyjno-ruchowych.

Sprawdzono to za pomocą odpowiednio przyznanych punktów do deklarowanej roli i intensywności danej formy rekreacji fizycznej. Dla podawanej jako ta zasadnicza dla danego respondenta formy rekreacji przyznawano: za uprawianie jej regularnie i intensywnie 6 pkt., za deklarowane uprawianie jej ze średnią regularnością i intensywnością 3 pkt., a za uprawianie sporadyczne 1 pkt. Natomiast dla dyscyplin uzupełniających (brano pod uwagę 2 pierwsze z wymienianych, jeśli występowały) przyznawano odpowiednio o 1 punkt więcej, wychodząc z założenia, że respondentowi należy się pewna „nagroda” za uprawianie więcej niż jednej formy rekreacji ruchowej. I tak np. za uprawianie dziedziny dodatkowej regularnie i intensywnie przyznawano 7 pkt. Ilość punktów jaką mógł uzyskać dany respondent, mieściła się więc w zakresie 0–20.

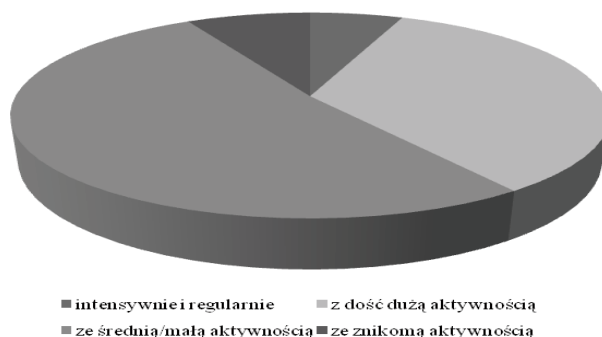
Pierwszy wniosek jaki nasuwa się z wyników badania, to pewna niespójność między deklarowaną przez respondentów ogólną aktywnością ruchową a intensywnością uprawiania różnych form rekreacji ruchowej. Jeśli dana osoba deklarowała, że prowadzi aktywny fizycznie tryb życia a za uprawianie rekreacji ruchowej otrzymała niewielką ilość punktów, to można to rozumieć w ten sposób: *moja praca i inne obowiązki domowe wymagają dużo ruchu, a na uprawianie rekreacji fizycznej nie mam już siły (i/lub czasu), więc odpoczywam na leżąc, czytając książki*. Natomiast jeśli ktoś zaznacza, że prowadzi mało aktywny tryb życia, a deklaruje intensywne uprawianie różnych form rekreacji fizycznej, to być może wynika to z subiektywnego braku jeszcze intensywniejszych zajęć ruchowych i/lub subiektywnie zawyżonej przez siebie oceny intensywności zajęć ruchowych?

Na podstawie uzyskanych w ten sposób wyników podzielono respondentów uprawiających różne formy rekreacji ruchowej na 4 grupy (rys. 4):

- 1 – intensywnie i regularnie – 17 i 20 pkt. – 6% ogółu próby;
- 2 – z dość dużą aktywnością – 11–15 pkt. – 34%;
- 3 – ze średnią/malą aktywnością – 5–10 pkt. – 52%;
- 4 – ze znikomą aktywnością – 0–4 pkt. – 8%.

Granice przedziałów: 11 punktów (3+4+4) mogli uzyskać respondenci, którzy deklarowali uprawianie zasadniczej i dwóch uzupełniających form rekreacji fizycznej ze średnią intensywnością i regularnością, natomiast 5 punktów (1+2+2) odpowiada deklarowaniu sporadycznego uprawiania zasadniczej i dwóch uzupełniających form rekreacji. Punktacja: 16, 18 i 19 nie występowała.

Rys. 4. Intensywność uprawiania rekreacji fizycznej w całej próbie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Wyniki badania wskazują zatem, że – przy tak przyjętych kryteriach – większość (60%) osób należących do badanej próby uprawia różne formy aktywności fizycznej mało intensywnie, sporadycznie albo wcale. Trzeba jednak zauważyć, iż prawie połowa tej grupy (43%) zadeklarowała prowadzenie bardzo lub dość aktywnego ruchowo trybu życia, co może wskazywać na preferowanie innych – nieaktywnych ruchowo – form rekreacji przez osoby pracujące fizycznie i/lub aktywnie zajmujące się prowadzeniem gospodarstwa domowego. Jeśli zatem tak jest, to osoby te można w pewien sposób „rozgrzeszyć”. **Jednak ponad połowa z grupy osób nieuprawiających rekreacji fizycznej, co stanowi ponad 34% ogółu badanej próby, deklaruje przy tym nieaktywny ruchowo tryb życia.**

Do przedstawionych powyżej wyników należy poczynić jeszcze dodatkową uwagę. Otóż wyniki badania ankietowego oddają subiektywną ocenę samych respondentów. Obiektywne wyniki byłyby jeszcze bardziej niepokojące. Przy przeprowadzeniu badania ankietarzy mieli za zadanie zaznaczyć te kwestionariusze, które były wypełniane przez bliskie im, a zatem dobrze znane osoby (np.: mąż, siostra, ojciec), a następnie wypełnić te kwestionariusze w sposób jak najbardziej obiektywny. Okazało się, że we wszystkich niemal przypadkach dane subiektywne były mniej lub bardziej zawyżone. Z tego dodatkowego badania można wyciągnąć wniosek, iż respondenci znają wartość aktywnego trybu życia i we własnych oczach starają się być choćby nieco bliżej tej wartości, co niestety wypacza ogólny wynik badania.

Jakkolwiek można zatem mieć takie czy inne zastrzeżenia co do obiektywnej dokładności badania, to przecież tak naprawdę nie chodzi tutaj o podaną wielkość procentową, która zależy też od przyjętych kryteriów

oceny wyników, doboru próby itd., ale istotny jest rząd tej wielkości. Niezależnie zatem od tego, czy podana powyżej wielkość 34% powinna raczej wynosić np. 38%, czy być może 32% to najważniejszym, co trzeba zauważyć przy uogólnieniu wyników, jest fakt, że **co trzeci dorosły Polak prowadzi bardzo nieaktywny ruchowo, a więc i niehigieniczny/niezdrowy tryb życia.**

Brak miejsca nie pozwala w niniejszym artykule pokazać wszystkich szczegółowych wyników badania, zatem poniżej przedstawiono jedynie wybrane zagadnienie wyboru różnych form rekreacji fizycznej w poszczególnych grupach.

W grupie osób, które wykazują najwyższą aktywność z korzystania z różnych form rekreacji fizycznej, wskazania na spaceru są sporadyczne. Osoby te najczęściej wymieniają: jazdę na rowerze, nordic walking, jogging, aerobik, fitness, pływanie, narciarstwo – a zatem te formy rekreacji, które wpisują się w kanon form popularnych i propagowanych przez zwolenników zdrowego trybu życia. Do tej grupy respondentów w równej mierze należą kobiety jak i mężczyźni, oraz (nota bene) osoby ze wszystkich grup wiekowych. Można zatem wyciągnąć wniosek, że pewna „moda” na zdrowy tryb życia jest niezależna od płci i wieku.

Natomiast na drugim biegunie (wśród osób, którym przyznano najmniejszą ilość punktów) dominują wskazania na spaceru, uprawianie ogródka czy wyjazdy za miasto (np. na grzyby), a więc bardzo tradycyjne sposoby wypoczynku na świeżym powietrzu. Również w tej grupie nie widać istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami oraz grupami wiekowymi. Co prawda najwięcej osób z tej grupy mieści się w najstarszym przedziale wiekowym (19% tej grupy to osoby w wieku 22–30 lat; 26% – 31–40 lat; 22% – 41–55 lat; 33% – powyżej 55 lat), ale nie jest to nic niezgodnego z naturalnym zmniejszaniem się aktywności ruchowej wraz z wiekiem. Wręcz przeciwnie, niepokojący jest fakt, że wśród osób praktycznie nieaktywnych ruchowo co piąta jest osobą niemającą 30 lat, czyli będącą w wieku, kiedy ma się do tego największe predyspozycje fizyczne, psychiczne, ekonomiczne, kulturowe itd.

Jakkolwiek poziom opieki medycznej jest coraz lepszy (abstrahując od powszechnych narzekań pacjentów na tenże poziom), to utrzymanie zdrowia zależy w dużym stopniu od nas samych. W ostatnich latach dokonuje się więc zmiana myślenia o problemie zdrowia jako o stanie braku choroby. Lekarze, naukowcy oraz znaczna część członków społeczeństwa, ale co

ważniejsze, także politycy (szczebla centralnego i lokalnego), nie stawiają już sobie wyłącznie pytania o sposoby i dostępność leczenia, lecz zastanawiają się nad profilaktyką.

Jednym z celów działań władz państwowych i samorządowych powinno być zatem wypracowanie w świadomości społecznej konieczności aktywnego korzystania z różnych form rekreacji fizycznej. Wymaga to zapewnienia jeszcze wyższego poziomu usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb klientów i umiejętnego zaspokajania ich celów.

I tutaj kryje się ogromna szansa dla rozwoju rynku usług sportowo-rekreacyjnych. Oczywiście, efekt zostanie osiągnięty, jeżeli obie strony wykażą aktywność. Władze wszystkich szczebli powinny tworzyć odpowiednią ofertę (np.: ścieżki rowerowe, ogólnodostępne obiekty sportowo-rekreacyjne), jak i warunki dla rozwoju biznesu sportowo-rekreacyjnego (np.: kluby fitness, wyciągi narciarskie) a klienci muszą mieć potrzebę korzystania z tejże oferty. Z kolei aktywność samych klientów/pacjentów powinna być jeszcze intensywniej wywoływana poprzez wszelkie działania służby zdrowia. Pacjentowi, temu aktualnemu w okresie rehabilitacji, czy temu potencjalnemu (profilaktyka) powinno się przy każdej okazji przypominać o konieczności zdrowego trybu życia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby ruchu, i to najlepiej na świeżym powietrzu. To służba zdrowia oddziałująca siłą autorytetu powinna przejąć na siebie główny ciężar propagowania różnego typu zajęć sportowo-rekreacyjnych, gdyż działania promocyjne organizacji sportowo-turystycznych mogą być odczytywane przez klientów/pacjentów jako działania typowo komercyjne.

Bibliografia

- Chrzan E. (2011), *Rekreacja fizyczna w życiu młodzieży województwa śląskiego jako jeden z powodów tworzenia biznesu sportowego*, Zeszyty Naukowe UE w Poznaniu, nr 168, Poznań.
- Chrzan E., Sowier-Kasprzyk I. (2009), *Miejsce sportu i rekreacji fizycznej w spędzaniu czasu wolnego przez uczniów* [w:] J. Klisiński (red.), *Finanse i marketing w sporcie*, Prace Naukowe nr 8, Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Administracji w Bytomiu, Bytom.
- Gerken G., Konitzer M.A. (1995), *Trends 2015. Ideen, Fakten und Perspektiven*, Scherz (Bern).
- Naisbitt J. (1997), *Megatrendy. Dziesięć nowych kierunków zmieniających nasze życie*, Wydawnictwo Zysk & S-ka, Poznań.
- Toffler A. (1997), *Trzecia fala*, PIW, Warszawa 1997.

Rozdział V

Komunikaty

Komunikat 1

W dniach 30.05–1.06.2012 r. w Ostródzie odbędzie się V
Międzynarodowa Konferencja Naukowa
**WSPÓŁCZESNE WYZWANIA STRUKTURALNE I MENE-
DŻERSKIE W OCHRONIE ZDROWIA –
Zarządzanie w czasach kryzysu**

Warsztaty i Konferencja dofinansowane ze środków budżetu
Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Patronat Honorowy:
Jacek Protas Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Olsztyńska Wyższa Szkoła
Informatyki i Zarządzania
im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego



Uniwersytet Jagielloński,
Wydział Nauk o Zdrowiu
oraz Instytut Spraw Publicznych



Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
Dla Dzieci w Ameryce



Społeczna Akademia Nauk
w Łodzi

Jest to konferencja o naukowym i praktycznym charakterze, pozwalająca na wymianę poglądów naukowców i doświadczeń praktyków z Polski i Europy. Spotkanie to umożliwi lepsze zrozumienie się stron i dostosowanie do wymogów, jakie przed nami stawia ciągła transformacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie, a także identyfikację nowych obszarów badań.

Celem konferencji jest dokonanie przeglądu najnowszych trendów w zarządzaniu organizacjami ochrony zdrowia oraz kierunków rozwoju systemów opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. W następnej edycji chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę na zagrożenia i szanse jakie niesie globalny kryzys, czy spowolnienie gospodarki.

Problematyka konferencji obejmuje:

- Przegląd najnowszych trendów w zarządzaniu usługami zdrowotnymi
- Kierunki doskonalenia w zarządzaniu strategicznym i operacyjnym zakładami opieki zdrowotnej.
- Zmiany zachodzące w sektorze niepublicznym ochrony zdrowia
- Marketing usług zdrowotnych.
- Możliwości wynikające ze stosowania nowych technologii, zarówno klinicznych, jak i technicznych w ochronie zdrowia.
- Zagraniczne wzorce i doświadczenia w zarządzaniu w ochronie zdrowia.
- Pożądane kierunki zmian strukturalnych w systemie ochrony zdrowia.
- Rząd i samorząd a polityka zdrowotna.
- Przewidywane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce.
- Rola profesjonalistów medycznych w zarządzaniu usługami zdrowotnymi.
- Zarządzanie małymi organizacjami ochrony zdrowia: POZ, poradnie specjalistyczne, itp.
- Zarządzanie zasobami ludzkimi.

Patronat medialny:

Działalność Lecznicza
W PRAKTYCE

RYNEK ZDROWIA rynekzdrowia.pl

TVP OLSZTYN

medyk.pl
Internetowa Klinika Zarządzania



Sponsorzy konferencji:





Komunikat 2

W Społecznej Akademii Nauk problematyka zarządzania przedsiębiorstwami rodzinnymi jest jednym z ważnych obszarów aktywności naukowej. Od ponad 10 lat prowadzone są prace badawcze nad specyfiką firm rodzinnych. W roku 2010 powołano Zakład Przedsiębiorczości i Firm Rodzinnych, który inicjuje i koordynuje prace badawcze realizowane w naszej uczelni oraz uczestnictwo w projektach badawczych innych uczelni i instytucji.

W ramach działalności dydaktycznej prowadzone są zajęcia oraz seminaria z zakresu *family business*, a także współpraca z praktyką gospodarczą w zakresie doradztwa i szkoleń.

W roku 2011 Zakład Przedsiębiorczości i Firm Rodzinnych oraz Instytut Badań nad Przedsiębiorczością i Rozwojem Ekonomicznym EEDRI podjęły inicjatywę organizacji konferencji dedykowanej problematyce przedsiębiorczości rodzinnej. Pomysł spotkał się z pozytywnym zainteresowaniem środowisk naukowych, a także praktyków, studentów oraz słuchaczy studiów doktoranckich i podyplomowych.

Tegoroczna druga Konferencja Firmy Rodzinne poświęcona **„Współczesnym wyzwaniom przedsiębiorczości rodzinnej”** odbywająca się w dniach 22–24 maja 2012 roku, ma już charakter międzynarodowy. Jej uczestnikami są między innymi naukowcy z Meksyku, Chin i Szwajcarii. Konferencja na celu prowadzenie dyskusji i wymianę myśli oraz prezentację wyników badań naukowych w obszarze firm rodzinnych. Zakres tematyczny obejmuje następujące obszary problemowe:

- konkurencyjność firm rodzinnych,
- warunki funkcjonowania firm rodzinnych w Polsce i UE,
- dylematy sukcesji w firmie rodzinnej,
- strategię rozwoju firm rodzinnych,
- zarządzanie biznesem rodzinnym,
- rola biznesu rodzinnego w gospodarce,

- przedsiębiorczość w zarządzaniu przedsiębiorstwem rodzinnym,
- zarządzanie personelem w firmach rodzinnych,
- kultura organizacyjna firm rodzinnych,
- innowacje i zarządzanie zmianą w firmach rodzinnych,
- źródła finansowania biznesu rodzinnego
- marketing w przedsiębiorstwach rodzinnych
- sektor MŚP jako dominujące środowisko funkcjonowania firm rodzinnych

Partnerami Konferencji są: Inicjatywa Firm Rodzinnych oraz Łódzka Business Centre Club.

www.firmyrodzinne.spoleczna.pl

Patronaty honorowe nad Konferencją przyjęli: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego **prof. Barbara Kudrycka**, Prezes Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości **Bożena Lubińska-Kasprzak** i Marszałek Województwa Łódzkiego **Witold Stępień**.

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Marszałek Województwa Łódzkiego
Witold Stępień



Business Centre
Club

Łoża Łódzka



Komunikat 3

Wiek XXI przynosi dynamiczny rozwój globalizacji oraz innowacji zwiększając tym samym rolę przedsiębiorczości, niezbędnej aby utrzymać się na rynku, a jednocześnie rozwijać swoją działalność gospodarczą, społeczną czy polityczną. Rozwój osób, firm czy krajów wymaga przedsiębiorczości na wszystkich stanowiskach w strukturach organizacyjnych. Dotyczy to menadżerów specjalistów i wykonawców. Działania rozwojowe muszą przebiegać w trzech kategoriach: rozwoju nauki, aplikacji w praktyce gospodarczej i społecznej oraz konsultingu.

Zagrożenia płynące z globalizacji mają charakter makroekonomiczny generując realne zagrożenia mikroekonomiczne dla działania współczesnych organizacji gospodarczych, społecznych i politycznych. Przedsiębiorstwa stoją przed koniecznością wypracowania strategii działania, niezbędnej w turbulentnym i nieprzewidywalnym otoczeniu. Co więcej, można stwierdzić, że dotychczasowe doświadczenia i sprawdzone wcześniej metody czy techniki organizacji i zarządzania są w obecnym momencie coraz mniej użyteczne. Wzrasta rola przedsiębiorczości, rozumianej jako postawa i heurystyczne narzędzie organizacji.

Rozumiejąc wagę tych zagadnień Społeczna Akademia Nauk (Katedra Zarządzania), Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie (Katedra Ekonomiki i Organizacji Przedsiębiorstw) oraz Clark University, Worcester, Massachusetts, USA w ramach Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości organizują w Łodzi w dniach 14–16 listopad 2012 r.

II Międzynarodową Konferencję Naukową
„PRZEDSIĘBIORCZY MENEDŻER PRZEDSIĘBIORCZEJ
ORGANIZACJI – Nowoczesne tendencje w nauce oraz praktyce organizacji
i zarządzania”

Ambicją tej konferencji jest zmierzenie się z potrzebami wynikającymi z obecnej rzeczywistości gospodarczej, w zakresie zarówno przewidywania zagrożeń, jak i kompleksowej diagnozy sytuacji aby określić kierunki

optymalnych rozwiązań w sferze organizacji, zarządzania, formułowania i implementacji strategii przedsiębiorczej organizacji. Dyskusje mają dotyczyć szeroko rozumianej przedsiębiorczości począwszy od akademickiej poprzez gospodarczą, społeczną, aż po polityczną dla sprostania wymaganiom współczesności.

Organizatorzy zakładają, że konferencja zapewni doskonałą okazję do wymiany myśli oraz aktywnej dyskusji na temat globalności zjawiska przedsiębiorczości w XXI wieku. Zakres tematyczny obejmuje następujące obszary problemowe:

- Przedsiębiorczość menedżera oraz innowatora
- Organizacja przedsiębiorcza – intraprzsiębiorczość
- Nowoczesne metody organizacji i zarządzania oraz konsultingu
- Kreowanie i wspieranie przedsiębiorczości oraz Przedsiębiorczość akademicka
- Firmy rodzinne jako szczególny rodzaj przedsiębiorczości
- Internacjonalizacja a przedsiębiorczość
- Innowacje teoria i praktyka
- Nauka a biznes – transfer technologii
- Logistyka a przedsiębiorczość
- Kształcenie i doskonalenie

Więcej informacji:

www.konferencja.przedsiębiorczosc.swspiz.pl