



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2018 | ISSN 2543-8190

XIX

TOM

12

ZESZYT

III

CZĘŚĆ

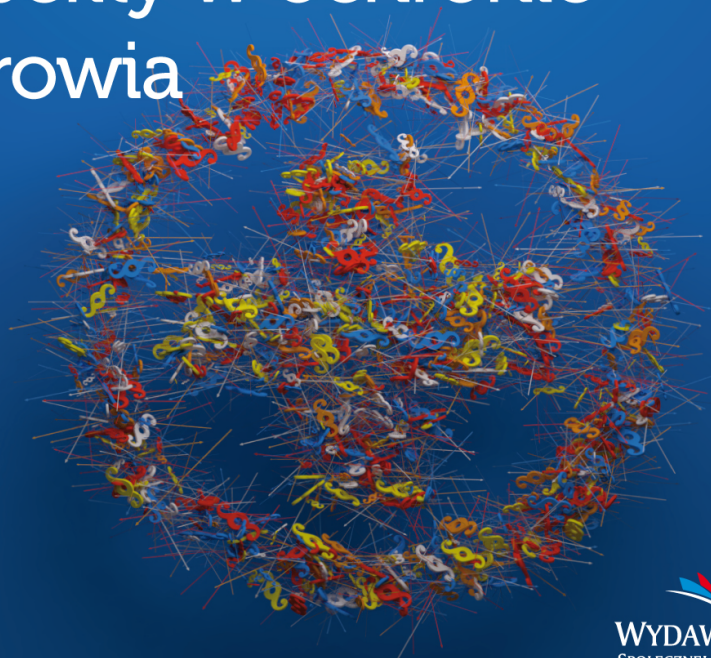
Redakcja naukowa:

Grzegorz Piotrowski

Małgorzata Domańska

Andrzej Jackiewicz

Medyczno-organizacyjne, prawne i finansowe aspekty w ochronie zdrowia



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2018 | ISSN 2543-8190

XIX

TOM

12

ZESZYT

III

CZĘŚĆ

Redakcja naukowa:
Grzegorz Piotrowski
Małgorzata Domańska
Andrzej Jackiewicz

Medyczno-organizacyjne, prawne i finansowe aspekty w ochronie zdrowia



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa: Grzegorz Piotrowski, Małgorzata Domańska
Andrzej Jackiewicz

Komputerowy skład tekstu, korekta: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN: 2543-8190

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

e-mail: **wydawnictwo@spoleczna.pl**

tel. 42 664 22 39 w. 339

Wersja elektroniczna jest wersją podstawową publikacji, dostępna na stronie:
<http://piz.san.edu.pl>



Spis treści

Wstęp	5
Grzegorz Piotrowski Kardiologia i onkologia – problemy medyczne, organizacyjne, ekonomiczne	7
Jarosław Krawczyk, Grzegorz Piotrowski Wpływ zmian systemowych w ochronie zdrowia na profil kliniczny, metody diagnostyki i terapii u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Powiatowego w Radomsku w latach 1997, 2004 i 2012	19
Ewa Kaniecka, Monika Białas, Wojciech Szrajber, Dariusz Timler, Jarosław Sobczak Ocena stopnia przygotowania i zaawansowania procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i innych standardów jakości w jednostkach ochrony zdrowia podległych samorządowi województwa łódzkiego	31
Małgorzata Domańska Problemy finansowania świadczeń medycznych na przykładzie SP ZOZ.....	55
Beata Pesta Analiza kosztów i problematyka zarządzania kosztami na tle finansowania ryczałtowego w ZOZ w Brodnicy	67
Andrzej Jackiewicz, Wojciech Szrajber, Agnieszka Kociszewska Dylematy zarządzania ryzykiem i finansowanie ryczałtowe SP ZOZ.....	87
Małgorzata Domańska, Andrzej Jackiewicz Kompetencje pracowników a ryzyko rozliczeń finansowych i podatkowych w SP ZOZ	99

Wstęp

Obecnie obserwuje się bardzo intensywny rozwój nauk medycznych, którego następstwem jest olbrzymi postęp w medycynie. Dotyczy to zarówno metod leczenia, jak i diagnostyki. Niestety, wprowadzanie nowych osiągnięć nauki jest bardzo kosztowne i systemy ochrony zdrowia wszystkich krajów napotykają problemy finansowania tych osiągnięć. Dlatego potrzebne są nowe rozwiązania organizacyjne i finansowe w ochronie zdrowia. Środki, którymi dysponują społeczeństwa, są ograniczone i dlatego rządy poszczególnych krajów powinny je racjonalnie wykorzystywać w celach zdrowotnych. Często pracownicy służby zdrowia, zwłaszcza lekarze stają przed dylematem braku dostępu do pełnego spektrum metod diagnostyczno-leczniczych, ponieważ brakuje odpowiedniego poziomu środków. Przeszkodą w dostępie do nowych metod w medycynie jest często zła organizacja systemów ochrony zdrowia. Strategią, która konsoliduje opiekę nad chorymi z wieloma schorzeniami, nie jest ścisła specjalizacja, ale integracja i łączenie specjalizacji. Taka strategia została zaprezentowana w niniejszej pracy na przykładzie kilkuletniej współpracy onkologów z kardiologami w przypadku chorych z nowotworami i schorzeniami układu krążenia. Wymaga dalszych działań promujących taką współpracę oraz badań potwierdzających ich skuteczność, efektywność i opłacalność. W prezentowanej pracy przedstawiono także, jak konstrukcja systemu ochrony zdrowia i sposób finansowania usług medycznych wpływają na organizację małych jednostek, jak szpital powiatowy i jego oddziały.

Na tym tle na uwagę zasługuje zmiana zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od października 2017 r. z dotychczasowego finansowania (kontraktowania) limitowego na finansowanie ryczałtowe, z uwzględnieniem wyceny tych świadczeń w dniu wejścia w życie ustawy. Dlatego też ekonomiczne aspekty nowego finansowania szpitali wywołują zaniepokojenie dyrektorów szpitali w sytuacji inflacji i rosnących kosztów osobowych, materiałowych, usług.

Ma to istotny wpływ na wyniki finansowe, płynność finansową, zadłużenie szpitali. Wybrane przykłady analizy porównawczej zasad finansowania szpitali nie wyczerpują istoty problemu i wymagają dalszych badań empirycznych.

Na uwagę zasługuje prezentacja zagadnień dotyczących systemu zarządzania jakością w szpitalach podległych Marszałkowi Województwa Łódzkiego. To znaczące wyzwanie badawcze, bardzo istotne w kontekście nie tylko odbioru społecznego przez świadczeniobiorców, ale też w aspekcie dalszych działań dotyczących poprawy jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza kosztów i problemy zarządzania kosztami stanowią istotny przedmiot badań.

Autorzy pragną podziękować Panu Wojciechowi Szrajberowi, Dyrektorowi Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, za wsparcie w prowadzeniu badań naukowych. Zeszyt 12 część 3, tom XIX „Przedsiębiorczości i Zarządzania”, który oddajemy do rąk czytelników zawiera istotne obszary badań prowadzone przez praktyków o tak istotnym znaczeniu społecznym.

*Grzegorz Piotrowski
Małgorzata Domańska
Andrzej Jackiewicz*

Grzegorz Piotrowski¹

Spółeczna Akademia Nauk

Oddział Kardiologii Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Kardiologia i onkologia – problemy medyczne, organizacyjne, ekonomiczne

Cardiology and Oncology – Medical, Organizational and Economy Problems

Abstract: Cardiovascular and cancer diseases accounts for over 70% of deaths in western countries. Because people live longer and age is very strong risk factor for both cardiovascular and cancer diseases, both disorders are so widespread and may often affect one person in the same time. Very effective but aggressive methods of treatment in oncology have numerous side effects, those in circulatory system including. This is why often not cancer, but cardiovascular disorders determine life span and life quality in cancer survivors. The author discusses medical, organizational and economy problems in the area of cardiooncology – new subspecialty, that deals with patients suffering from both cardiac and cancer diseases. Coordinated, multidisciplinary, properly reimbursed medical cardio-oncology system is a must to optimize health care for patient with cardiac and cancer diseases and to achieve the best results of oncology treatment.

Key words: Cardiooncology, cancer, oncology treatment complications, cardiotoxicity, health care system, cancer survivors.

Systemy ochrony zdrowia we wszystkich krajach Europy stoją w obliczu poważnych i trudnych wyzwań. Od ponad dekady obserwowane jest starzenie się społeczeństw europejskich, co wynika z wydłużenia życia obywateli oraz

¹ gpiotr4@wp.pl

ujemnego przyrostu naturalnego. Sytuacja ta dotyczy także Polski [Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2015]. Osoby w wieku podeszłym, których z każdym rokiem przybywa, cierpią na choroby przewlekłe. Średni czas przeżycia osoby po 65 roku życia wynosi obecnie 18,6 lat, co oznacza, że średnio przeciętny Europejczyk osiąga wiek 83,6 lat. W Polsce sytuacja jest nieco gorsza – społeczeństwo polskie charakteryzuje się istotnie krótszym przeżyciem. Najkrócej w Polsce żyją mieszkańcy województwa łódzkiego: kobiety dożywają 79,8 roku życia, mężczyźni 71,7 roku życia [Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego 2015].

U ponad 65% osób w wieku powyżej 65 roku życia obecne są, co najmniej dwa przewlekłe stany chorobowe. To na tą grupę pacjentów (po 65 roku życia) przeznaczane jest 70% zasobów systemów ochrony zdrowia, te osoby odbywają 80% konsultacji u lekarzy rodzinnych oraz wykorzystują 76% łóżek szpitalnych. Wydaje się, że w związku z narastaniem liczby/odsetka osób w wieku podeszłym potrzeby medyczne dla tej grupy będą narastać, co doprowadzi do wzrostu nakładów finansowych i zmian systemowych w ochronie zdrowia. Z drugiej strony pacjenci stają się bardzo świadomi swoich potrzeb zdrowotnych i gwałtownie narastają olbrzymie oczekiwania od systemów ochrony zdrowia. Oczekiwania od medycyny, jako dziedziny są często nieuzasadnione i czasami nieodpowiedzialnie rozbudzane przez świat mediów i polityki.

Główną przyczyną zgonów w społeczeństwach krajów europejskich i Ameryki Północnej są na pierwszym miejscu nadal od kilkunastu lat choroby układu sercowo-naczyniowego, na drugim natomiast znajdują się choroby nowotworowe [National Vital Statistics Report 2010, ss. 1–102]. Łącznie, w krajach rozwiniętych choroby sercowo-naczyniowe i nowotworowe stanowią 72% przyczyn zgonów. W krajach o dużej świadomości zdrowotnej i z bardzo dobrze funkcjonującymi systemami ochrony zdrowia liczba zgonów nowotworowych zaczyna przerastać liczbę zgonów sercowo-naczyniowych. Stało się to już w Kanadzie, gdzie w 2008 roku więcej osób zmarło z powodów onkologicznych niż krążeniowych, prognozuje się, że taka sytuacja zaistnieje w 2020 roku w USA [National Vital Statistics Report 2010, ss. 1–102]. W Polsce nadal zgony sercowo-naczyniowe przeważają nad nowotworowymi i długo jeszcze prawdopodobnie trend ten będzie się utrzymywał. Poza tym, że choroby układu krążenia oraz nowotwory są najczęściej przyczyną zgonów, to są to także choroby najczęściej rozpoznawane. W Polsce w 2012 roku rozpoznano 164,1 tys. nowotworów oraz 772,3 tys. chorób kardiologicznych [Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2015].

Wiek jest czynnikiem ryzyka zachorowania zarówno, na chorobę układu krążenia jak i na nowotwór [Driver, Djoussé, Logroscino, Gaziano, Kurth 2008, s. a2467]. Wobec coraz większej liczby osób w starszym wieku należy się spodziewać coraz większej liczby zachorowań na obie choroby oraz występowania obydwu stanów chorobowych jednocześnie u tego samego pacjenta. Współwystępowanie choroby nowotworowej i układu krążenia u jednej osoby wynika nie tylko ze statystyki, ale ma także podłoże patofizjologiczne. Wiele zaburzeń metabolicznych raz czynników ryzyka jest wspólna dla obydwu stanów chorobowych. Niebudzącym wątpliwości wspólnym czynnikiem ryzyka jest palenie tytoniu, które zwiększa ryzyko zachorowania na płaskonabłonkowego raka płuc oraz na chorobę o podłożu miażdżycowym. Kolejnym przykładem jest zespół metaboliczny, który definiuje się, jako nieprzypadkowe współwystępowanie otyłości brzusznej oraz zaburzeń w metabolizmie lipidów, glukozy, regulacji ciśnienia tętniczego oraz przewlekłego subklinicznego stanu zapalnego łączącego się z nadmierną, przewlekłą aktywacją układów pozakrzepowych, co stwarza predyspozycje do powikłań zakrzepowozatorowych. Osoby z zespołem metabolicznym częściej niż osoby bez tych zaburzeń chorują na zaburzenia sercowo-naczyniowe i jednocześnie na nowotwory. U mężczyzn z zespołem metabolicznym częściej rozpoznaje się raka wątroby, jelita grubego, pęcherza moczowego, natomiast u kobiet; raka trzonu macicy, trzustki, piersi, jelita grubego [Eposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. 2012, ss. 2402–2411; Bowers, Albanes, Limburg, Pietinen, Taylor, Virtamo, et al. 2006, ss. 652–664; Achmed, Schmitz, Anderson, Rosamond, Folsom 2006, ss. 28–36]. Kobieta z rakiem piersi znamienne częściej niż bez tej choroby ma nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, nieprawidłową masę ciała, charakteryzuje się „osiadłym” stylem życia [Piotrowski, Gawor, Banasiak, Strzelecki, Majzner, Potemski, Gawor 2012, s. 228]. Rak żołądka ma także silny związek ze stylem życia i współistniejącymi schorzeniami, jak nadmierne spożywanie sodu oraz współistnienie nadciśnienia tętniczego [Tsugane, Gey, Ichinowatari, Miyajima, Ishibashi, Matsushima 1992, ss. 75–81; Tsugane, Sasazuki, Kobayashi, Sasaki 2004, ss. 128–134]. Istnieją, zatem silne podstawy patofizjologiczne, według których nowotwory i choroby sercowo-naczyniowe mają wspólną przyczynę i te same zaburzenia patofizjologiczne prowadzą do zachorowania na każdą z nich.

Spektakularne sukcesy współczesnej onkologii powodują, że pacjenci zostają często wyleczeni z uważanej jeszcze niedawno za śmiertelną, choroby nowotworowej. Obecnie szacuje się, że w USA żyje 10 mln ludzi wyleczonych z nowotworu [Cancer 2004, ss. 128–134]. Podobne szacunki są dla Europy. Nawet, jeśli nie można wyleczyć choroby nowotworowej, to bardzo często

dzięki skutecznym metodom leczenia udaje się ją przeprowadzić w długotrwałą remisję, uzyskując długoterminową stabilizację. W ten sposób choroby nowotworowe stają się, podobnie jak choroby układu krążenia, chorobami przewlekłymi, z którymi żyje się latami. Pięcioletnie przeżycie po rozpoznaniu nowotworu z 50% w latach 1970. wzrosło do ponad 70% w pierwszej dekadzie XXI wieku [de Moor, Mariott, Parry et al. 2013, ss. 561–570]. Najlepszym przykładem jest rak piersi z nadekspresją receptora typu 2 dla naskórkowego czynnika wzrostu (Human Epidermal Receptor type 2/Epidermal Growth Factor Receptor type 2, HER2/ErbB2) – bardzo nisko zróżnicowana, agresywna, źle rokująca postać raka, zwykle doprowadzająca do śmierci w ciągu 3–6 miesięcy od rozpoznania. Dziś po wprowadzeniu nowych metod leczenia (trastuzumab, pertuzumab, lapatinib) mediana przeżycia w tej śmiertelnej niegdyś chorobie wynosi 3 lata [SEER Cancer Statistics Review (CSR) 1974–2015].

Niestety tak spektakularne sukcesy leczenia onkologicznego odkupione są ceną w postaci powikłań i działań ubocznych agresywnych, złożonych, wielokierunkowych, ale za to niezwykle skutecznych terapii przeciwnowotworowych. Działania uboczne mogą pojawić się w każdym układzie w organizmie, ale są szczególnie istotne i trwałe jeśli dotyczą układu krążenia. Kardiotoksyczność to każde niepożądane działanie metod terapeutycznych używanych w onkologii na układ sercowo-naczyniowy [Olson, Najita, Sohl, Arnaout, Burstein, Winer, Lin 2013, ss. 525–531]. Kardiotoksyczność może być wczesna, kiedy pojawia się w trakcie lub bezpośrednio po zakończeniu leczenia. Zmusza ona do przerywania, ratującej życie terapii onkologicznej i zamiany jej na mniej toksyczną, ale zwykle mniej skuteczną. W oczywisty sposób kardiotoksyczność wczesna ogranicza skuteczność terapii i pogarsza rokowanie onkologiczne. Kardiotoksyczność późna pojawia się po pewnym czasie od zakończenia leczenia, po miesiącach, czasem po latach. Jej następstwem jest uszkodzenie układu krążenia i wyindukowane przez leczenie choroby sercowo-naczyniowe. Przykładem może być dysfunkcja oraz niewydolność serca po antarcyklinach [National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events, Version 3], czy nadciśnienie po wielu klasycznych lekach przeciwnowotworowych [Von Hoff, Layard, Basa et al. 1979, ss. 710–717]. Kardiotoksyczność późna, a nie sama choroba nowotworowa pogarsza rokowanie długoterminowe oraz przyczynia się do zwiększonej śmiertelności osób wyleczonych z nowotworu. Coraz częściej powikłania sercowo-naczyniowe, a nie sam nowotwór, determinują rokowanie i ograniczają jakość życia. Kobieta z wczesnym rakiem piersi ma większe ryzyko zgonu z powodu choroby sercowo-naczyniowej niż z powodu raka [Milan, Puglisi, Ferrar,

Bruno, Losano, Veglio 2014, ss. 2269–2277]. Problemy te zostały przed dekadą dostrzeżone przez społeczności medyczne. Zostało opracowane szereg dokumentów systematyzujących wiedzę i doświadczenie na temat postępowania, a w szczególności leczenia chorych z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego z towarzyszącym nowotworem. Tematyką tą zajęły się zarówno towarzystwa kardiologiczne jak i onkologiczne. Próbuje się wypracować najlepsze strategie postępowania. W 2016 roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (European Society of Cardiology, ESC) przedstawiło dokument systematyzujący wiedzę na temat kardiotoxyczności leczenia nowotworów. Wyróżniono w nim 9 rodzajów powikłań: dysfunkcja i niewydolność serca, choroba wieńcowa, choroby zastawkowe, arytmie ze szczególnym naciskiem na zjawisko wydłużonego odstępu QT, nadciśnienie tętnicze, powikłania zakrzepowo-zatorowe, nadciśnienie płucne, powikłania ze strony osierdzia [Askoxylakis, Tieke, Pleker et al. 2010, s. 105]. Z większością powyżej wymienionych stanów współczesna kardiologia jest w stanie sobie doskonale poradzić. Leczenie nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu nie stwarza przeważnie u chorych większych problemów i daje dobre efekty. Pierwszym opisanym, około 60 lat temu, w literaturze powikłaniem była dysfunkcja oraz niewydolność serca po lekach onkologicznych, zwłaszcza antracyklinach [Milan, Puglisi, Ferrari, Bruno, Losano, Veglio 2014, ss. 2269–2277]. Obecnie, pomimo olbrzymiego postępu w kardiologii jest to nie najczęstsza, ale najgorzej rokująca postać kardiotoxyczności. Indukowana antracyklinami niewydolność serca cechuje się znacznie większą śmiertelnością niż niewydolność serca o etiologii niedokrwiennej, czy w przebiegu samoistnej kardiomiopatii rozstrzeniowej [Zamorano, Lancellotti, Munoz et al. 2016, ss. 2768–2801]. Współistnienie nowotworu z niewydolnością serca u jednej osoby stanowi olbrzymie obciążenie rokownicze, bowiem śmiertelność w niewydolności serca jest większa, niż w większości postaci nowotworów [Felker, Thompson, Hare et al 2000, ss. 1077–1084].

Od dłuższego czasu wśród specjalistów zajmujących się zarówno chorobami sercowo-naczyniowymi jak i nowotworowymi istniała potrzeba współpracy i konsolidacji wysiłków. Kardiolodzy nie rozumieją specyfiki chorób nowotworowych, a onkolodzy z kolei specyfiki chorób układu krążenia. W 2000 roku w MD Anderson Medical Center w Houston w Texasie w USA powstał pierwszy oddział kardioonkologiczny. Wcześniej w tym olbrzymim centrum onkologicznym problemami kardiologicznymi hospitalizowanych pacjentów zajmowało się dwóch kardiologów [Stewart, MacIntyre, Hole, Capewell 2001, ss. 315–322]. Taka opieka była zupełnie niewystarczająca i przyczyniała

się do częstego marnowania skutecznego leczenia onkologicznego z powodu kardiologicznych powikłań. To właśnie w MD Anderson Medical Center powstała idea kardioonkologii, która w sposób kompleksowy łączy zagadnienia wspólne dla obydwu dziedzin. W MD Anderson Medical Center co dwa lata odbywa się międzynarodowa konferencja kardioonkologiczna [Stewart, MacIntyre, Hole, Capewell, McMurray 2001, ss. 315–322]. Dziś każdy duży ośrodek onkologiczny w USA posiada pełnoprofilowy oddział kardiologiczny, którego działalność dedykowana jest pacjentom onkologicznym z problemami kardiologicznymi. W 2009 roku, z inicjatywy Europejskiego Instytutu Onkologii (European Institut of Oncology) w Mediolanie powołano Międzynarodowe Towarzystwo Kardioonkologiczne (International Cardiooncology Society, ICOS), które co roku organizuje konferencję skupiającą specjalistów z całego świata zajmujących się zagadnieniami z pogranicza kardiologii i onkologii [Yeh 2011, s. 246]. W 2017 roku amerykańskie towarzystwa kardiologiczne American Heart Association (AHA) oraz American College of Cardiology (ACC) ustanowiły oficjalnie podspecjalizację w kardiologii, podobnie jak dla niewydolności serca, kardiologii interwencyjnej, wad serca – kardioonkologię. Organizowane są liczne kursy i prowadzone są liczne programy przygotowujące lekarzy kardiologów do certyfikacji w zakresie tej nowej podspecjalizacji.

Funkcjonujący w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii (WWCOiT) im. M. Kopernika w Łodzi, Oddział Kardiologii z roku na rok staje się profilowo oddziałem kardioonkologicznym. W 2014 roku pacjenci leczeni w Oddziale Kardiologii z powodu ostrych schorzeń układu krążenia, u których jednocześnie zdiagnozowany był nowotwór stanowili 9,3%. W kolejnych latach liczbowo i procentowo udział pacjentów z obydwoima schorzeniami systematycznie wzrastał. W 2015 roku było to 11,3%, w 2016 – 12,5%, w 2017 – 15%. Duży odsetek pacjentów z chorobą nowotworową w Oddziale Kardiologii WWCOiT wynika z współistnienia w szpitalu drugiego pod względem liczby leczonych pacjentów onkologicznych w Polsce Centrum Onkologii. Tylko dla Centrum Onkologii pracuje zespół kardioonkologiczny składający się z 3 kardiologów (w tym 2 echokardiografistów) zaznajomionych ze specyfiką pacjentów onkologicznych. Wszystkie ostre stany wymagające hospitalizacji przyjmowane są do Oddziału Kardiologii WWCOiT.

Pacjenci kardioonkologiczni to zazwyczaj pacjenci spełniający kryteria kruchości (frailty) [Lenihan, Cardinale, Cipolla, 2010, ss. 88–93]. Wymagają szczególnej ostrożności, dużego doświadczenia i wiedzy. Cechuje ich wielochorobowość, olbrzymia wrażliwość na wszelkie czynniki stresowe, które nawet

natężone w niewielkim poziomie mogą natychmiast doprowadzić do zaburzenia „kruchej” homeostazy i destabilizacji. Często pacjenci ci przyjmują równocześnie kilkanaście, a nawet czasami kilkadziesiąt leków. Stwarza to nieprzewidywalne następstwa ich działania w następstwie wielokierunkowych interakcji.

Dużą część pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii stanowią pacjenci z ostrymi zespołami wieńcowymi, którzy jednocześnie chorują na nowotwór. Jest to bardzo trudna grupa chorych, stwarzająca olbrzymie trudności diagnostyczno-terapeutyczne. W 2017 w Oddziale Kardiologii WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi 14% pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym miało rozpoznany nowotwór. Taka duża liczba pacjentów z nowotworem i chorobą układu krążenia spotykana w Oddziale Kardiologii WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi wynika z obecności na terenie szpitala drugiego co do wielkości w Polsce Centrum Onkologii. Tendencja wzrostu liczby hospitalizowanych z obydwooma stanami chorobowymi (onkologicznym i kardiologicznym), na nieco niższym poziomie utrzymuje się w większości oddziałów w Polsce. Zjawisko to dotyczy także przychodni lekarzy rodzinnych oraz przychodni specjalistycznych. Zjawisko wzrostu liczby tego typu chorych potrzebujących pomocy wynika z dużej i stale rosnącej skuteczności leczenia chorób nowotworowych. Specjaliści zajmujący się chorymi na nowotwór i na choroby układu krążenia muszą dysponować wiedzą i doświadczeniem z zakresu kardiologii i onkologii.

Każdy chory po rozpoznaniu nowotworu, przed rozpoczęciem leczenia powinien odbyć konsultację u kardiologa, podczas której zaleca się zebrać wywiad w kierunku czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, chorób towarzyszących, ocenić stan układu krążenia w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, wykonać EKG oraz obrazowe badanie serca ze wskazaniem na echokardiografię, jako metodę pierwszego wyboru [Wndewoude, Geerts, Parideans, D’Hooghe 2008, ss. 120–126]. Wizyta taka jest także doskonałą okazją do oceny lipidogramu oraz glikemii. Każdy pacjent z przeszłością kardiologiczną i z planem poddania chemioterapii o własnościach kardiotoksycznych powinien odbyć wizytę u kardiologa obowiązkowo. Konsultacja taka powinna być powtórzona w trakcie leczenia w celu nadzorowania bezpieczeństwa terapii onkologicznej i jak najwcześniejszego wykrycia wczesnej kardiotoksyczności. W przypadku wyleczenia z choroby nowotworowej wizyty u kardiologa powinny odbywać się okresowo do końca życia w celu monitorowania wystąpienia późnej kardiotoksyczności. W ogólnym zarysie większość towarzystw naukowych zajmujących się leczeniem nowotworów oraz chorób serca jest

zgodna co do zasadności konsultacji kardiologicznej u chorych onkologicznych. Różnice między ekspertami polegają jedynie na częstotliwości wizyt, które powinny się odbywać. Według Europejskiego Towarzystwa Onkologii (European Society of Medical Oncology, ESMO) po zakończeniu terapii antracyklinami ocena układu krążenia, zwłaszcza badanie echokardiograficzne powinno być wykonane w 4 i 10-tym roku [Curigliano, Cardinale, Suter 2012, ss. 155–166]. Inną propozycją z kolei jest kontrola po 6 miesiącach, a następnie raz w roku przez 2–3 lata oraz co 3–5 lat do końca życia [Suter, Ewer 2013, ss. 1102–1111].

Choroby układu sercowo-naczyniowego obecne u chorych onkologicznych wymagają odrębnego podejścia, często zupełnie innej strategii niż w przypadku osób bez nowotworu. Wytyczne i zalecenia dotyczące postępowania w chorobach układu sercowo-naczyniowego (zawale serca, niewydolności serca, zatorowości płucnej, zaburzeniach rytmu itp.) zostały opracowane w oparciu o wyniki badań klinicznych, w którym podstawowym kryterium wykluczenia była choroba nowotworowa. Zatem nie dotyczą populacji chorych nowotworowych. Obecność nowotworu stwarza szereg trudności, które są nieobecne w przypadku jego braku. Podstawową strategią terapii w zawale serca jest leczenie hamujące hemostazę: leki przeciwplatekcyjne i przeciwkrzepliwe. Chorzy na nowotwór bardzo często prezentują małopłytkowość (po chemioterapii czy radioterapii uszkadzających szpik oraz jako element choroby nowotworowej) oraz mają skłonności do krwawień. Klinicysta często staje przed bardzo trudnym pytaniem – jak w takiej sytuacji postąpić? Czy zastosować leki hamujące krzepnięcie będące podstawą leczenia zawału serca i narażić pacjenta na krwawienie, czy wstrzymać się ze stosowaniem leków antykoagulacyjnych narażając pacjenta na wykrzepianie w tętnicach wieńcowych? Dylematem nierozstrzygniętym są także dawki tych leków, a także ich rodzaj. Z kolei cytostatyki stosowane w celu zahamowania wzrostu komórek nowotworowych działają cytostatycznie nie tylko na nowotwór, ale hamują proliferację komórek śródbłonna napędlających na implantowany do tętnicy wieńcowej stent. To zjawisko wydłuża znacznie potrzebę stosowania hamującego adhezję płytek krwi do powierzchni metalowego stentu podwójnej terapii przeciwplatekowej, która z kolei zwłaszcza w przypadku małopłytkowości predysponuje do krwawień. Chory na nowotwór często wymaga pilnej operacji wymagającej sprawnie funkcjonującego układu krzepnięcia, co łączy się z koniecznością przerwania leczenia, które hamuje koagulację. Otwartym zagadnieniem jest także jaki stent zastosować u chorego na nowotwór? Stenty powlekane charakteryzują się mniejszym ryzykiem restenozy niż stenty meta-

lowe, ale wymagają przedłużonego stosowania dwóch leków przeciwplatek. Czas podwójnej terapii dla osób bez nowotworu to przeciętnie 12 miesięcy, podczas gdy brak danych o optymalnym czasie dla chorych z nowotworem. W kontekście stosowania cytostatyków hamujących epitelializację stentu wydaje się, że dwa leki przeciwplatekowe powinno stosować się dłużej, jeśli w organizmie pacjenta obecny jest nowotwór [Krone 2010, ss. 149–156]. Przyszłością dla chorych onkologicznych z ostrym zespołem wieńcowym są stenty bioabsorbowalne, ale na razie nie są one powszechnie dostępne.

Chorzy z nowotworem to niezwykle skomplikowani pacjenci. Zwykle są to osoby w wieku podeszłym, cierpiące na więcej niż jedną chorobę, zażywają wiele leków wchodzących w interakcje, co może powodować osłabienie lub wzmocnienie ich działania i brak efektu lub efekt toksyczny. Z reguły pacjenci onkologiczni wymagają leczenia przez wielu specjalistów, co zmusza ich do odbywania wielu wizyt i spędzania wielu godzin w szpitalu lub przychodni. Sam fakt konieczności „chodzenia po lekarzach” w połączeniu ze świadomością ciężkiej, uważanej powszechnie za śmiertelną choroby przyczynia się do rozwoju lub nasila depresję. Z tego powodu chorzy onkologiczni powinni być otoczeniu opieką psychologa, psychoterapeuty a w uzasadnionych przypadkach psychiatry. Nowotwór, agresywne metody leczenia (chemio- immuno- radioterapia), leki wspomagające powodują uszkodzenie wielu narządów. Nie rzadko dochodzi do uszkodzenia nerek, wątroby, przewody pokarmowego, szpiku kostnego, co pociąga za sobą wymioty, biegunki, dyselketrolitemię, niedokrwistość, małopłytkowość, leukopenię, brak odporności, zwiększoną skłonność do krwawień. Często obecne są problemy z odżywianiem, które powinno zapewnić odpowiednią ilość energii, zwłaszcza dla wyniszczonego ciężką chorobą organizmu.

Potrzebna jest zatem skoordynowana, wielospecjalistyczna opieka nad chorym z chorobą nowotworową. Kardiolog nie rozumie biologii nowotworu i nie jest zaznajomiony z problemami jakie on stwarza. Onkolog często nie rozumie istoty chorób układu krążenia i nie ma pojęcia jak zapobiegać oraz leczyć uszkodzenia układu sercowo-naczyniowego spowodowane przez metody terapeutyczne czy też sam nowotwór. W systemach opieki zdrowotnej, w tym także w polskim, brak jest adekwatnego finansowania licznych procedur, jakich wymaga chory na nowotwór. Finansowane jest np. leczenie onkologiczne i nie są przewidziane dodatkowe środki na leczenie współistniejących chorób, w tym chorób sercowo-naczyniowych.

Istnieje potrzeba współpracy między onkologami i kardiologami. Należy kształcić specjalistów z obydwu dziedzin w celu zaznajomienia z odrębno-

ściami chorych, z dwoma schorzeniami – onkologicznym i kardiologicznym. Dotyczy to nie tylko lekarzy, ale również innych pracowników zaangażowanych w opiekę nad chorym onkologicznymi jak: pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmakolodzy kliniczni, pracownicy socjalni. Do tego potrzebny jest przemysłany system kształcenia, odpowiednio zorganizowany system opieki zdrowotnej oraz system racjonalnego, adekwatnego finansowania.

Bibliografia

- Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2015* [online], <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-kardiologiczne-i-onkologiczne/>.
- Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego 2015* [online], http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_lodzkie.pdf.
- National Vital Statistics Report (2010), nr 58, ss. 1–102.
- Driver JA, Djoussé L, Logroscino G, Gaziano JM, Kurth T. (2008), *Incidence of cardiovascular disease and cancer in advanced age: prospective cohort study*, "BMJ", nr 337, s. a2467.
- Eposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. (2012), *Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis*, "Diabetes Care", nr 35, ss. 2402–2411.
- Bowers K., Albanes D., Limburg P, Pietinen P., Taylor P.R., Virtamo J. et al. (2006), *A prospective study of anthropometric and clinical measurements associated with insulin resistance syndrome and colorectal cancer in male smokers*, "Am J Epidemiol", nr 164, ss. 652–664.
- Ahmed R.L., Schmitz K.H., Anderson K.E., Rosamond W.D., Folsom A.R. (2006), *The metabolic syndrome and risk of incident colorectal cancer*, "Cancer", nr 107, ss. 28–36.
- Piotrowski G., Gawor R., Banasiak M., Strzelecki P., Majzner M., Potemski P., Gawor Z. (2012), *Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, w tym nadciśnienie tętnicze u chorych na raka piersi z nadekspresją receptora dla naskórkowego czynnika wzrostu typu 2*, "Nadciśnienie Tętnicze", nr 16, s. 228.
- Tsugane S., Gey F., Ichinowatari Y., Miyajima Y., Ishibashi T., Matsushima S. et al. (1992), *Cross-sectional epidemiologic study for assessing cancer risks at the population level*, "J. Epidemiol", nr 2, ss. 75–81.
- Tsugane S., Sasazuki S., Kobayashi M., Sasaki S. (2004), *Salt and salted food intake and subsequent risk of gastric cancer among middle-aged Japanese men and women*, "Br. J. Cancer", ss. 128–134.
- de Moor J.S., Mariott A.B., Parry C. et al. (2013), *Cancer survivors in the United States: prevalence across the survivorship trajectory and implications for care*, nr 4, ss. 561–570.
- SEER Cancer Statistics Review (CSR) 1974–2015.
- Olson E.M., Najita J.S., Sohl J., Arnaout A., Burstein H.J., Winer E.P., Lin N.U. (2013), *Clinical outcomes and treatment practice patterns of patients with HER2-positive metastatic breast cancer in the post-trastuzumab era*, 2013, nr 4, ss. 525–531.
- National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events, Version 3 [online], <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>.

- Von Hoff D.D., Layard M.W., Basa P. et al. (1997), *Risk factors for doxorubicin-induced congestive heart failure*, „Ann Intern Med”, nr 91, ss. 710–717.
- Milan A, Puglisi E, Ferrari L, Bruno G, Losano I, Veglio F. (2014), *Arterial hypertension and cancer*, „Int J Cancer”, nr 134, ss. 2269–2277.
- Askoxylakis V, Tieke C, Pleker ST et al. (2010), *Long-term survival of cancer patients compared to heart failure and stroke patients: A systemic review*, „BMC Cancer”, nr 10, s. 105.
- Zamorano J.L., Lancellotti P., Munoz D.R. et al. (2016), *ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines*, „European Heart J”, nr 37, ss. 2768–2801.
- Felker G.M., Thompson R.E., Hare J.M. et al. (2000), *Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy*, „NEJM”, nr 342, ss. 1077–1084.
- Stewart S., MacIntyre K., Hole D.J., Capewell S., McMurray J.J. (2001), *More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure*, „Eur J Heart Fail”, nr 3, ss. 315–322.
- Yeh E.T. (2011), *Cancer and the heart: onco-cardiology: the time has come*, „Tex Heart Inst J”, nr 38, s. 246.
- Lenihan D.J., Cardinale C., Cipolla C.M. (2010), *The compelling need for a cardiology and oncology partnership and the birth of the International CardiOncology Society*, Prog.Cardiovasc. Dis. 53 (2010), ss. 88–93.
- Wdewoude M.F., Geerts C.A., Parideans K.M., D'Hooghe A.H.M. (2008), *A screening tool for activating liaison geriatrics in General Hospitals: The Variable Indicative Placement Risk (VIP)*, „Ero J Ger”, nr 10:3, ss. 120–126.
- Curigliano G., Cardinale D., Suter T. et al. (2012), *Cardiovascular toxicity induced by chemotherapy, targeted agents and radiotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines*, „Ann Oncol”, Suppl 7, ss. 155–166.
- Suter T.M., Ewer M.S., *Cancer drugs and the heart: importance and management*, „Eur Heart J”, nr 15, ss. 1102–1111.
- Krone R.J. (2010), *Managing Coronary Artery Disease in the Cancer Patient*, „Progress in Cardiovascular Diseases”, nr 53, ss. 149–156.

Jarosław Krawczyk¹

Oddział Kardiologii, Szpital Powiatowy w Radomsku

Grzegorz Piotrowski²

Spółeczna Akademia Nauk

Oddział Kardiologii Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Wpływ zmian systemowych w ochronie zdrowia na profil kliniczny, metody diagnostyki i terapii u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Powiatowego w Radomsku w latach 1997, 2004 i 2012

The Influence of Transformations in Polish Health Care System on the Clinical Pattern, Diagnostic and Therapy Methods in Patients Hospitalised in Cardiology Department of District Hospital in Radomsko in 1997, 2004 and 2012 Years

Abstract: Transformations in health care system are needed to improve medical help with better cost/effectiveness performance. They result in the changes of health care system at each level. The authors present the changes in the clinical pattern, diagnostic and therapy methods in patients hospitalised in Cardiology Department of District Hospital in Radomsko looking at the cardiology ward organization, patients in 1997, 2004 and 2012 years, which had been the crucial moments in the process of Polish Health Care system reforms.

Data from medical records were analysed in 1997, 2004 and 2012 in terms of demographic trends, diagnostic, treatment and organizational patterns, risk factors, hospital mortality, re-

¹ jaridwa@gmail.com

² gpiotr4@wp.pl

hospitalizations. Patients hospitalised were older each year. The length of hospital stay shortened. Number of hospitalised increased. The acute and strictly cardiovascular diseases as well as predominantly diagnostic tests for cardiology disorders began to dominate, while general diseases and diagnostic tests were used less frequently. New treatment methods – both medications and coronaroangioplasty were introduced. The introduction of invasive coronary treatment was a cornerstone. All transformations in the department resulted largely from the reforms of health care system, however the achievements in science and medicine played significant role as well.

All changes resulted in the significant reduction of mortality and re-hospitalizations.

Key words: Health Care System, reforms of health care, coronaroangioplasty, medical development, mortality rate.

Wprowadzenie

Zmiana stylu życia mieszkańców Polski po roku 1989 na bardziej zachodnio-europejski zmieniała profil dominujących chorób w społeczeństwie polskim, a to z kolei wymusiło zmiany w podejściu diagnostyczno-leczniczym. Zjawisko to uwidoczniło się zwłaszcza wśród pacjentów leczonych kardiologicznie. Wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego od 01.01.1999 r., tworzącego 17 kas chorych, opartego na składce zdrowotnej wydzielonej z podatku dochodowego, spowodowało zmianę systemu finansowania jednostek ochrony zdrowia. Z ryczałtowego finansowania budżetowego szpitali i przychodni przeszły na pokrywanie kosztów procedur [Sielska, Głowacka, Zdanowska 2012, ss. 43–55]. Od 01.04 2003 r. rozpoczęła obowiązywać ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która wprowadziła jednorodne grupy pacjentów [Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia]. Kolejnym istotnym dla przemian organizacyjnych w szpitalu było uruchomienie w Oddziale Kardiologii Szpitala Powiatowego w Radomsku w dniu 01.02.2012 r. Pracowni Hemodynamiki działającej 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu.

Cele badania, pacjenci i metody

1. Ocena zmian o charakterze: demograficznym, profilu leczonych pacjentów, stosowanych w Oddziale Kardiologii metod diagnostycznych (zmiany o charakterze ilościowym i jakościowym), sposobów leczenia (zachowawcze, zabiegowe).
2. Próba oceny wpływu omawianych zmian na wyniki leczenia.
3. Poszukiwanie metod bardziej efektywnego wykorzystania środków finansowych w kardiologii.

Retrospektywna ocena danych z historii chorób pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Powiatowego w Radomsku w latach: 1997 (przed reformą), 2004 (po reformie) i 2012 (uruchomienie Pracowni Hemodynamiki).

W obecnej pracy oceniano następujące parametry:

- dane demograficzne (wiek, płeć, aktywność zawodowa (pracujący, nieaktywni zawodowo – będący rencistami lub emerytami, bezrobotni), rodzaj wykonywanej pracy;
- tryb przyjęcia chorego do oddziału (nagły, planowy);
- czas trwania hospitalizacji;
- rozpoznania będące wskazaniem do hospitalizacji (związane z układem krążenia lub inne – cukrzyca typ 2; układu oddechowego – astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP); układu pokarmowego – choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego; udar mózgu (niedokrwienny, krwotoczny); choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa; zapalenie żył głębokich, zakrzepica żylna.

U badanych pacjentów wykonywano następujące badania biochemiczne: przy przyjęciu – AspAT AlaAT, CPK, CK-MB i troponina I, oraz w trakcie hospitalizacji – troponina I, lipidogram. Oceniane badania diagnostyczne podzielono na:

- typowo kardiologiczne (echokardiografia, badanie wysiłkowe, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, rezonans magnetyczny);
- badania o charakterze ogólnym (USG jamy brzusznej, gastroscopia, zdjęcie RTG klatki piersiowej).

Kolejne oceniane procedury medyczne to: kardiowersja elektryczna, implantacja czasowej elektrody endokawitarnej i koronarografia. Ponadto oceniono:

- leczenie farmakologiczne – ACE-I/ARA, nitraty, heparyna drobnocząsteczkowa/niefrakcjonowana, doustne leki p/zakrzepowe, ASA, beta-blokery, statyny, blokery Ca, digoksyna, leki diuretyczne, werapamil, amiodaron i streptokinaza;
- zgony/śmiertelność w trakcie hospitalizacji (wczesne (<12godzin), późne (>12 godzin);
- rehospitalizacje – ponowna hospitalizacja w ciągu 3 miesięcy z powodu tego samego schorzenia co za pierwszym razem [Lloyd-Jones, Adams, Brown i wsp. 2010, ss. e46–e215.23].

Metody statystyczne i wyniki

Podczas analizy statystycznej oceniano zmienność w czasie badanych parametrów:

- przy pomocy analizy wariancji (ANOVA) dla pomiarów powtarzanych, uzupełnioną oceną efektów prostych (dla zmiennych ciągłych);
- przy pomocy testu dla trendu χ^2 (dla zmiennych nominalnych).

Obecne analizy przeprowadzono przy pomocy pakietu Statistica for Windows ver. 8.0. Dla wszystkich wykorzystanych testów statystycznych przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Analizie poddano dokumentację medyczną (historie chorób) 4171 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Powiatowego w Radomsku w poszczególnych latach: w 1997 – 1062, 2004 – 1137 i 2012 – 1972. Ilość hospitalizowanych mężczyzn w kolejnych latach obserwacji odpowiednio wyniosła: 597 (56,2%) w 1997 r., 651 (57,3%) w 2004 r. i 1109 (56,2%) w 2012 r. W analizowanych latach znamienne statystycznie dominowali mężczyźni.

W ciągu kolejnych analizowanych lat hospitalizowani pacjenci byli coraz starsi. Średni wiek hospitalizowanych chorych wyniósł odpowiednio: w 1997 r. – 59,6 roku, w 2004 – 61,7 a w 2012 – 66,4 lat ($p<0,0001$).

Ilość pacjentów pobierających świadczenia rentowo-emerytalne w kolejnych latach wynosiła w kolejnych latach: 772 (72,7%) – 1997 r., 920 (80,9%) – 2004 r., 1328 (67,3%) – 2012 r. Grupa ta stanowiła najliczniejszą wśród hospitalizowanych, we wszystkich latach poddanych analizie ($p<0,0001$).

Wśród hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym w Radomsku ilość osób bezrobotnych odpowiednio wynosiła: 16 (1,5%) – 1997 r., 26 (2,3%) – 2004 r., 23 (1,2%) – 2012 r. Najwięcej bezrobotnych hospitalizowano w 2004 roku ($p<0001$) natomiast w latach 1997 i 2017 odsetek bezrobotnych był porównywalny.

W badaniu przeważali pacjenci pracujący fizycznie ($p<0,0001$). Ich liczba oraz odsetek wśród hospitalizowanych wynosił w kolejnych latach: 179 (16,9%) – 1997r., 144 (12,7%) – 2004r., 469 (23,8%) – 2012r. ($p=0,0004$).

W roku 1997 odsetek chorych przyjętych w trybie nagłym do Oddziału Kardiologii w Radomsku wyniósł 44,4% (471 osób). W następnych badanych latach w tym trybie przyjęto: 580 (51,0%), a w 2012 r. – 971 (49,2%). Odpowiednio procent chorych skierowanych z poradni przez lekarza podstawowej opieki medycznej oraz planowych skierowań z poradni specjalistycznych wyniósł w badanych latach: 1997 r. – 55,6%, 2004 r. – 48,9% i 2012 r. 50,8% ($p=0,005$).

W trakcie kolejnych lat czas trwania hospitalizacji w oddziale kardiologicznym uległ istotnemu statystycznie skróceniu (zwłaszcza między 1997 a 2004 rokiem) i wynosił odpowiednio: 4–9 dnia (śr. 7) w 1997 r., 3–7 dnia (śr. 5) w 2004 r., 3–6 dnia (śr. 5) w 2012 r. ($p < 0,0001$).

Wśród rozpoznań związanych z układem krążenia będących wskazaniem do hospitalizacji najczęściej rozpoznaną stanowiła choroba wieńcowa: w 1997 r. – 719 (67,7%), w 2004 r. – 787 (69,2%) i 2012 r. – 635 (32,2%) ($p < 0,0001$). Przebyty wcześniej zawał mięśnia sercowego występował: w 1997 r. – 194 (18,3%); 2004 r. – 212 (18,6%); 2012 r. – 104 (5,3%). Ilość pacjentów z chorobą wieńcową, w tym pod postacią przebitego zawału serca, istotnie zmniejszyła się, najbardziej w roku 2012 ($p < 0,0001$).

Kolejnym często występującym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze. Występowało ono odpowiednio u osób: 1997r. – 499 (47,0%); 2004 r. – 701 (61,7%); 2012 r. – 790 (40,1%) ($p < 0,0001$).

Wśród schorzeń niezwiązanych z układem krążeniem przed przyjęciem do szpitala najczęściej występowała cukrzyca typ 2 odpowiednio: w 1997 r. – 172 (16,2%); 2004 r. – 231 (20,3%); 2012 r. – 375 (19,0%) ($p = 0,109$).

Występowanie schorzeń z zakresu układu oddechowego wynosiła: w 1997 r. – 161 (15,2%); 2004 r. – 146 (12,8%); 2012 r. – 117 (5,9%) ($p < 0,0001$),

Rozpoznane przed hospitalizacją schorzenia pozostałych układów: pokarmowy w 1997 r. – 139 (13,1%); 2004 r. – 125 (11,0%); 2012 r. – 57 (2,9%) ($p < 0,0001$); przebyty udar mózgu 1997r. – 74 (7,0%); 2004 r. – 60 (5,3%); 2012 r. – 19 (1,0%) ($p < 0,0001$), choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa 1997 r. – 215 (20,2%); 2004 r. – 78 (6,9%); 2012 r. – 76 (3,9%) ($p < 0,0001$), przebyte zapalenie żył głębokich 1997 r. – 38 (3,6%); 2004 r. – 59 (5,2%); 2012 r. – 21 (1,1%) ($p < 0,0001$). Z wyjątkiem cukrzycy, zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w udziale procentowym, schorzenia dotyczące innych układów niż układ krążenia były istotnie rzadziej leczone w Oddziale Kardiologii.

Ocena wykonanych badań biochemicznych w roku 2012 wykazała znaczny spadek częstości oznaczeń aktywności enzymów wątrobowych (AspAT, Ala-AT) oraz CPK w porównaniu do roku 1997 ($p < 0,0001$) (tabela 1). Aktywność izoenzymu CK-MB oznaczono w roku 2004 (553 – 48,6%), a w 2012r. (174 – 8,8%) ($p < 0,0001$). W kolejnych latach oznaczania stężeń troponiny I oprócz roku 1997 kiedy nie była oznaczana, narastała (2004 r. 931 chorych – 81,9%, 2012 r. 1683 – 85,3%) ($p < 0,0001$).

Najczęściej wykonywanym badaniem diagnostycznym wśród badań typowo kardiologicznych było badanie echokardiograficzne. Wykonane było odpowiednio u: 800 (75,3%) w 1997 r., 920 (80,9%) w 2004 r., 1598 (81,0%)

w 2012 r. chorych. W kolejnych badanych latach stosowanie tej metody stale narastało ($p=0,0006$).

Tabela 1. Zakres wykonywanych badań laboratoryjnych w kolejnych latach obserwacji

		Rok 1997		Rok 2004		Rok 2012		p
		N	%	N	%	N	%	
lipidogram	nie	22	2,1	53	4,7	34	1,7	0,1655
	tak	1040	97,9	1084	95,3	1938	98,3	
AspAT	nie	67	6,3	1105	97,2	1924	97,6	< 0.0001
	tak	995	93,7	32	2,8	48	2,4	
AlAT	nie	68	6,4	1105	97,2	1924	97,6	< 0.0001
	tak	994	93,6	32	2,8	48	2,4	
CPK	nie	815	76,7	1093	96,1	1914	97,1	< 0.0001
	tak	247	23,3	44	3,9	58	2,9	
CKMB	nie	814	76,6	584	51,4	1798	91,2	< 0.0001
	tak	248	23,4	553	48,6	174	8,8	
Troponina I	nie	1062	100,0	206	18,1	289	14,7	< 0.0001
	tak	0	0,0	931	81,9	1683	85,3	

Źródło: badania własne.

Wśród hospitalizowanych pacjentów badanie EKG wysiłkowe wykonano: w roku 1997 – 247 badań (23,3%), w 2004 r. – 407 (35,8%) i w roku 2012 – 284 (14,4%). Liczba wykonanych badań EKG wysiłkowych w roku 2012 była istotnie mniejsza w porównaniu do badań we wcześniejszych latach ($p<0,0001$). 24-godzinne badanie elektrokardiograficzne (Holter EKG) w roku 1997 wykonano u 547 chorych (51,5%), w 2004 r. 137 (12,0%), a w 2012 r. 124 (6,3%). Również w przypadku tego badania obserwowano istotnie rzadsze wykonywanie w kolejnych badanych latach ($p<0,0001$).

Rzadko wykonywanym badaniem był rezonans magnetyczny (NMR): 1 – 1997 r., 4 – 2004 r. i 3 w 2012 r.

W grupie badań obrazowych dotyczących układów innych niż krążenia ilość wykonywanych badań ultrasonograficznych jamy brzusznej wyniosła: 1997 r. – 99 (9,3%), 2004 r. – 151 (13,3%) i 2012 r. – 78 (4%) ($p<0,0001$).

Badanie gastrokopii przeprowadzono odpowiednio: u 26 chorych w 1997 r. (2,4%), 30 pacjentów w roku 2004 (2,6%) oraz 21 osób w roku 2012 (1,1%) ($p=0,0024$).

W kolejnych poddanych analizie latach wykonywano istotnie mniej badań obrazowych nie dotyczących bezpośrednio diagnostyki układu krążenia aż do 2012 roku (RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, gastroskopii) ($p<0,05$). W grupie procedur inwazyjnych karonarografia do roku 2011 nie była wykonywana w Szpitalu Powiatowym w Radomsku. W roku 2012 wykonano ją u 659 pacjentów (33,4%) ($p<0,0001$).

Czasową stymulację serca zastosowano odpowiednio: w 1997 r. u 10 pacjentów (0,9%), w 2004 r. u 5 chorych (0,4%), a w 2012 r. u 14 (0,7%) ($p=0,6$). W czasie trwania badania liczba wykonywanych zabiegów kardiowersji elektrycznej wyniosła: w roku 1997 – 8 (0,8%), w 2004 r. – 17 (1,5%), a w 2012 r. – 38 (1,9%) ($p=0,012$). Ilość wykonywanych procedur dotyczących elektroterapii (czasowa stymulacja serca, kardiowersja elektryczna) w analizowanych latach nie uległa istotnej zmianie ($p>0,05$).

Dalszą część analizy stanowił rodzaj stosowanej farmakoterapii (tabela 2).

Tabela 2. Rodzaj stosowanego leczenia farmakologicznego w kolejnych latach obserwacji

	Rok 1997		Rok 2004		Rok 2012		p
	N	%	N	%	N	%	
Nitraty	878	82,7	767	67,5	89	4,5	<0,0001
Heparyna drobnocząsteczkowa	42	4,0	392	34,5	121	6,1	0,02
Heparyny niefrakcjonowana	212	20,0	58	5,1	22	1,1	<0,0001
Doustne leki p/zakrzepowe	32	3,0	42	3,7	217	11,0	<0,0001
ASA	950	89,5	987	86,8	1674	84,9	0,0004
Beta-blokery	353	33,2	636	56,0	1369	69,4	<0,0001
Statyny	0	0,0	549	48,3	1495	75,8	<0,0001
Blokery Ca	62	5,8	291	25,6	266	13,5	0,0003
ACEI	633	59,6	717	63,1	674	34,2	0,0003
Digoksyna	172	16,2	120	10,6	172	8,7	<0,0001
Leki diuretyczne	414	39,0	499	43,9	685	34,7	0,0027
Sartany	0	0,0	16	1,4	501	25,4	<0,0001
Werapamil	40	3,8	14	1,2	42	2,1	0,0177
Amiodaron	43	4,0	75	6,6	126	6,4	0,0172
Streptokinaza	44	4,1	31	2,7	0	0,0	<0,0001

Źródło: badania własne.

W obecnej analizie u pacjentów w Oddziale Kardiologicznym coraz częściej stosowano leki z grupy betablokerów: 1997 r. – 353 (33,2%), 2004 r. – 636 (56,0%) i 2012 r. – 1369 (69,4%)($p<0,0001$).

W grupie badanej coraz rzadziej stosowano digoksynę: 172 pacjentów – 1997 r. (16,2%), 120 – 2004 r. (10,6%) i 172 w 2012 r. (8,7%) ($p<0,0001$).

ACEI w roku 1997 leczonych było 633 chorych (59,6%), w 2004 r. – 717 (63,1%) i 2012 r. – 674 (34,2%) ($p=0,0003$). Równocześnie w badanym okresie obserwowano następującą ilość chorych leczonych sartanami: nie stosowano – 1997 r., 16 – 2004 r. (1,4%) i 501 w 2012 r. (25,4%). Łącznie te dwie pokrewne grupy leków w 2012 r. zastosowano u 1175 chorych (59,6%)($p<0,0001$).

W trakcie badania wśród hospitalizowanych pacjentów Oddziału Kardiologii w Radomsku ilość leczonych chorych azotanami w analizowanych latach istotnie zmniejszała się i wyniosła: 1997 r. – 878 (82,7%), 2004 r. – 767 (67,5%) i w 2012 r. – 89 (4,5%). Najrzadziej zastosowano je w 2012 roku ($p<0,0001$).

W obserwowanych latach stwierdzono zbliżoną ilość chorych leczonych lekami moczopędnymi: 1997 r. – 414 (39,0%), 2004 r. – 499 (43,9%) i w 2012 r. – 685 (34,7%) ($p=0,0027$).

W trakcie badania zmniejszyła się ilość pacjentów leczonych heparyną niefrakcjonowaną (HNF) i wyniosła odpowiednio: w 1997 r. – 212 (20,0%), 2004 r. – 58 (5,1%) i w 2012 r. – 22 (1,1%) ($p<0,0001$). Ilość chorych, u których zastosowano heparynę drobnocząsteczkową (LMWH) istotnie wzrosła ($p=0,02$) w roku 2004 w stosunku do 1997 r. 392 (34,5%) vs. 42 (4,0%). Stosowanie LMWH w 2012 r. ponownie spadło – 121 (6,1%).

Doustni antagoniści witaminy K (VKA) w badanych latach byli stosowani u następującej ilości chorych: w 1997 r. – 32 (3,0%), 2004 r. – 42 (3,7%) i w 2012 r. – 217 (11,0%). Częstość ich stosowania istotnie narastała ($p<0,0001$).

Najczęściej stosowanym lekiem była aspiryna (ASA) odpowiednio: 1997 r. – u 950 chorych (89,5%), 2004 r. – 987 (86,8%) i w 2012 r. – 1674 (84,9%) ($p=0,0004$) (tabela 2).

Statyn (HMG-CoA) w roku 1997 nie stosowano, a w kolejnych obserwowanych latach ilości chorych leczonych nimi wyniosła: 2004 r. – 549 (48,3%) i w 2012 r. – 1496 (75,8%)($p<0,0001$). Obserwowano stały i znaczący wzrost ich stosowania.

W obserwowanych latach stosowano leczenie fibrynolityczne zawału serca za pomocą streptokinazy odpowiednio: 1997 r. – 44 (4,1%), 2004 r. – 31 (2,7%). Leczenie to zostało zastąpione w 2012 r. całkowicie przez koronarografię ($p<0,0001$) (tabela 2).

Ilość zgonów wczesnych w kolejnych latach obserwacji wykazywała tendencję do spadku: w roku 1997 – 25 (2,4%), w 2004 – 13 (1,1%) i w 2012 r. – 11 (0,6%) ($p=0,16$). Analizowana ilość zgonów po 12 godzinach od początku hospitalizacji (późnych) wykazała istotny spadek i wyniosła: 1997 – 33 (3,1%), 2004 r. – 19 (1,7%), 2012 r. – 43 (2,2%) ($p<0,0001$).

Spadek śmiertelności ogólnej hospitalizowanych chorych był istotny statystycznie w kolejnych latach: 1997 – 58 osób (5,5%), 2004 – 32 (2,8%), 2012 – 54 (2,7%) ($p=0,0002$).

W poszczególnych latach liczba rehospitalizacji wśród pacjentów wynosiła: 1997 r. – 12 (1,1%), 2004 r. – 28 (2,5%) i 2012 r. – 13 (0,7%) wzrost w 2004 r. ($p<0,0001$)

Omówienie i dyskusja

W kolejnych badanych latach wiek hospitalizowanych pacjentów Oddziału Kardiologicznego w Radomsku średni był coraz wyższy. Proces ten odzwierciedla narastający problem starzenia się populacji Powiatu Radomszczańskiego i całej Polski. Województwo łódzkie ma jeden z najwyższych udziałów osób starszych w całej populacji naszego kraju (w łódzkiem w roku 2014 r. 17,1% ludności miało co najmniej 65 lat) [*Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa łódzkiego* 2015]. Większość hospitalizowanych w trakcie badania stanowili mężczyźni.

Ilość pacjentów aktywnych zawodowo w poszczególnych latach była najwyższa w roku 2012. W badanej populacji w grupie aktywnych zawodowo przeważał i stopniowo narastał odsetek pracujących fizycznie. W roku 2004 obserwowano zwiększenie się ilości chorych nieaktywnych zawodowo – będących rencistami lub emerytami, w roku 2012 nastąpił znaczący spadek ilości takich pacjentów (do niewiele ponad 2/3). W latach 2001–2009 występował systematyczny, coroczny wzrost liczby emerytów (z 4 627 tys. w 2001 r. do 6 376 tys. w 2009 r.), przy jednoczesnym spadku liczby rencistów. Jednak w roku 2012 r. liczba emerytów w stosunku do roku poprzedniego była mniejsza o 39 tys. (0,6 %) [*Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* 2016, ss. 49–69].

W kolejnych latach zmienił się charakter hospitalizacji: narastała ilość chorych przyjętych do szpitala w trybie nagłym, a zmniejszała się w trybie planowym. Czas trwania hospitalizacji w oddziale kardiologicznym ulegał istotnemu skróceniu od 7 dni w 1997 r. do 5 dni w 2004 r. i 2012 r.

W trakcie obserwacji w kolejnych latach wśród schorzeń stanowiących przyczynę hospitalizacji zmniejszał się odsetek chorych z chorobami stabilnymi – przewlekłą chorobą wieńcową oraz przebyłym zawałem serca.

W kolejnych latach obserwowano coraz większe sprofilowanie oddziału: zarówno w liczbach bezwzględnych jak i procentowo schorzeń dotyczących innych układów niż układ krążenia. Były coraz rzadsze, podobnie jak wykonywane badania laboratoryjne i obrazowe dotyczyły w kolejnych latach głównie układu krążenia. Coraz mniej wykonywano badań diagnozujących inne schorzenia niż układu krążenia.

Zmiany w farmakoterapii w kolejnych latach odzwierciedlają dostosowanie leczenia do wyników badań klinicznych i opracowywanych na ich podstawie zaleceń. Coraz częstsze stosowanie beta-adrenolityków, statyn, ACE-I/ARA, ASA, leków przeciwkrzepliwych, a coraz rzadsze leków nie mających potwierdzenia skuteczności działania (azotanów, Ca-blokerów, digoksyny).

W kolejnych latach objętych analizą stwierdzono praktycznie zaprzestanie stosowania leczenia fibrynolitycznego zawału serca, co było bezpośrednim następstwem uruchomienia pracowni hemodynamiki.

Przeprowadzone w badanych latach zmiany w funkcjonowaniu oddziału, diagnostyce i leczeniu spowodowały spadek śmiertelności oraz ponownych hospitalizacji. W roku 2013 w województwie łódzkim najczęstszą przyczyną zgonu były choroby układu krążenia (44,2% wszystkich zgonów – 50,4% u kobiet i 38,3% u mężczyzn). Starzenie się populacji w województwie łódzkim, wpłynęło także na najwyższy w Polsce wskaźnik umieralności [Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa łódzkiego 2015].

Zmiany w organizacji i funkcjonowaniu Oddziału Kardiologii w Radomsku wymuszone zostały częściowo przez reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a także przez dokonujący się postęp w nauce i medycynie. W wyniku przemian w kardiologii proces ten nastąpił również na świecie. Specjalizacja oddziału wiązała się z coraz lepszym wykorzystaniem ograniczonych zasobów, którymi dysponuje publiczny sektor służby zdrowia

Podsumowując, w związku z obecnie toczącą się dyskusją nad przemianami i kształtem służby zdrowia w Polsce warto przeanalizować przemiany, które wymusiły reformy systemu w ubiegłych latach. Pozwoli to podjąć optymalne decyzje co do ulepszenia ciągle niedoskonałego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Bibliografia

Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM i wsp. (2010), *Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the American Heart Association*, *Circulation* 2010; 121: e46–e215.23.

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa łódzkiego (2015), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.

Sielska J, Głowacka DM, Zdanowska J. (2012), *Finansowanie usług zdrowotnych w kontekście aktualnie wdrażanych zmian w systemie ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 13.

Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. (2016), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391.

Ewa Kaniecka¹

Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, „InterDoktorMen”

Monika Białas²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

im. M. Kopernika w Łodzi

Wojciech Szrajber

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

im. M. Kopernika w Łodzi

Dariusz Timler

Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

im. M. Kopernika w Łodzi

Jarosław Sobczak

Zakład Medycyny Ratunkowej dla Dzieci, II Katedra Pediatrii Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, „InterDoktorMen”

**Ocena stopnia przygotowania i zaawansowania procesu
wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych,
akredytacji i innych standardów jakości w jednostkach
ochrony zdrowia podległych samorządowi
województwa łódzkiego**

¹ ewa.kaniecka@poczta.onet.pl

² monika.bialas@vp.pl

Assessment of the Degree of Preparation and Advancement of the Implementation Process of Individual Legal Requirements, Accreditation and Other Quality Standards in Health Care Units Subordinated to the Self-Government of the Lodz Region

Abstract: Optimization of medical processes requires a systematic approach to the issue of the quality of medical services. Proper organization of quality management, both at the internal level of health care units and at the national level should stimulate the improvement of the functioning of the health care system through the increase of health security. Based on many years of experience in the field of management and implementation of tasks aimed at continuous improvement of the quality of health care functioning, there is a lack of uniform treatment methods enabling and facilitating medical entities to meet a number of legal requirements or imposed norms and standards. Considering the above, a survey project was developed and then implemented, the purpose of which was to assess the degree of preparation and advancement of the implementation process of individual legal requirements, accreditation and other quality standards in health care units subordinated to the Self-Government of the Lodzkie Voivodship (SWL). The authors of this publication assumed that thanks to this they will get knowledge about (1) which units have management systems compliant with ISO standards, (2) which of them have the accreditation of the Minister of Health implemented, (3) which of these systems are certified and, first of all, all, (4) which of the individual requirements caused the greatest difficulties at the implementation stage, (5) and which require a huge commitment of a number of resources to maintain the assumed high level in the process of holistic management of the healthcare entity. Based on the collected data, it is possible to set certain trends in the support of health care units in the process of improving the quality of services provided, patient and employee safety, and the possibility of obtaining or efficiently maintaining quality certificates or accreditation certificates.

Key words: quality of healthcare, quality management of medical services, accreditation, patient satisfaction, staff satisfaction, medical staff, adverse events, hospital, strategy.

Wstęp

Organizacja nowoczesnej opieki zdrowotnej powinna przebiegać w taki sposób, aby zasoby kadrowe, infrastrukturalne i finansowe jak najbardziej efektywnie zaspokajały potrzeby i oczekiwania społeczeństwa, zarówno w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki i leczenia, jak i rehabilitacji, przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa opieki oraz realizacji praw pacjentów.

Optymalizacja procesów medycznych wymaga systemowego podejścia do zagadnienia jakości świadczeń medycznych. Właściwa organizacja zarządzania jakością, zarówno na poziomie wewnętrznym jednostek ochrony zdrowia, jak i na poziomie ogólnokrajowym winna stymulować poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego. Temat ten nie pozostaje obojętnym także w Polsce, co znajduje swoje odzwierciedlenie w promowaniu jednostek posiadających wdrożone i certyfikowane systemy zarządzania jakością czy akredytacji, w postaci przy-

znawanych dodatkowych punktów w procesie kontraktowania poszczególnych usług zdrowotnych. Problematyka ta jest szczególnie istotna w kontekście prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta [Założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta 2017]. Autorzy projektu podkreślają, iż regulacja powyższa będzie miała odzwierciedlenie w zachowaniu i poprawie stanu zdrowia społeczeństwa – głównego celu systemu ochrony zdrowia. Korzyści dla obywateli powinny wpłynąć m.in. na poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń, jak również na ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności, związanych z ograniczeniem występowania zdarzeń niepożądanych [Rybarczyk-Szwajkowska 2017, s. 69].

Samo postrzeganie jakości, jej filozoficzna definicja, podejście i rozumienie nie jest ani jednoznaczne, ani tym bardziej łatwe do przełożenia na grunt zarządzania jednostkami ochrony zdrowia. Wdrożenie systemu zarządzania jakością jest natomiast początkiem długotrwałego procesu transformacji całej organizacji, jaką jest podmiot leczniczy [Rybarczyk-Szwajkowska, Cichońska, Holly 2016, ss. 365–373]. Transformacja dotyczy wszystkich zatrudnionych osób, implikuje zmiany w ich kulturze, nawykach i zachowaniu, zaburza dotychczasową hierarchię obowiązującą w miejscu pracy [Campbell, Braspenning, Hutchinson, Marshall 2002, ss. 358–364; Francois, Peyrin, Touboul, Labarere, Reverdy, Vinck 2003, ss. 47–55] i chociaż nie jest procesem nie wymagającym wyrzeczeń, to stanowi podstawę skuteczności i efektywności organizacji w osiąganiu wcześniej zdefiniowanych celów [9001:2015, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania* 2016].

W oparciu o wieloletnie doświadczenie w zakresie zarządzania oraz realizację zadań ukierunkowanych na ciągłą poprawę jakości funkcjonowania ochrony zdrowia, zauważa się brak jednolitych metod postępowania umożliwiających i przede wszystkim ułatwiających podmiotom leczniczym spełnienie szeregu wymagań prawnych czy narzuconych norm i standardów. Co więcej, przy obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia w Polsce, generującym wymagania z wielu źródeł, często niejednoznacznie sformułowanych, niespójnych oraz powodujących konieczność wdrażania tych samych, bądź podobnych działań wielokrotnie, częstego ich modyfikowania czy korygowania, ustalenie stabilnej polityki zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia staje się praktycznie niemożliwe, a wręcz pociąga za sobą konieczność uruchamiania kolejnych zasobów i nie zawsze przekłada się na poprawę poziomu jakości oraz wzrost bezpieczeństwa pacjentów.

Biorąc pod uwagę powyższe, opracowano, a następnie wdrożono projekt badania ankietowego, którego celem była ocena stopnia przygotowania oraz zaawansowania procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i innych standardów jakości w jednostkach ochrony zdrowia podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego (SWŁ). Autorzy niniejszej publikacji założyli, że dzięki temu otrzymają wiedzę na temat tego, (1) które jednostki posiadają systemy zarządzania zgodne z normami ISO, (2) które z nich mają wdrożoną akredytację Ministra Zdrowia, (3) które z tych systemów są certyfikowane oraz przede wszystkim, (4) które z poszczególnych wymagań sprawiły największe trudności na etapie wdrożenia, (5) a także które wymagają ogromnego zaangażowania szeregu zasobów w utrzymaniu założonego, wysokiego poziomu w procesie holistycznego zarządzania podmiotem leczniczym.

Material i metody

Do badania, zrealizowanego w II kwartale 2018 roku, zaproszono 15 podmiotów leczniczych z województwa łódzkiego, z czego 13 podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego. Na zaproszenie odpowiedziało 12 podmiotów, z czego jeden bez opisanej podległości. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, aczkolwiek rekomendowane przez Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi. Narzędziem badawczym była autorska ankieta kierowana do Pełnomocników ds. systemów zarządzania i/lub osób odpowiedzialnych/ zarządzających w przedmiotowym zakresie.

W badaniu wzięto pod uwagę oddziaływanie interesariuszy zewnętrznych i wewnętrznych tworzących kontekst zewnętrzny i wewnątrz jednostek ochrony zdrowia:

1. **Kontekst zewnętrzny** – środowisko zewnętrzne, w którym podmioty lecznicze dążą do osiągnięcia swoich celów (środowisko kulturowe, społeczne, polityczne, prawne, regulacyjne, finansowe, technologiczne, ekonomiczne, naturalne oraz konkurencyjne środowisko, kluczowe czynniki i trendy mające wpływ na cele organizacji, a także relacje z zewnętrznymi interesariuszami (osoba lub organizacja), ich postrzeganie i wartości.
2. **Kontekst wewnętrzny** – środowisko wewnętrzne, w którym podmioty lecznicze dążą do osiągania swoich celów (ład organizacyjny, struktura organizacyjna, role, polityki, cele i strategii do ich osiągania, zasoby i wiedza, systemy informacyjne i procesy podejmowania decyzji, relacje z wewnętrznymi interesariuszami – ich postrzeganie i wartości, kultura organizacyjna, normy, wytyczne i modele przyjęte przez organizację, forma i za-

kres relacji zawartych w umowach [ISO 31000:2018 Risk Management. Guidelines – wersja angielska].

Ankieta podzielona została na 9 obszarów tematycznych:

CZĘŚĆ I. Komitety/ Zespoły problemowe w jednostce.

CZĘŚĆ II. Analizy prowadzone w jednostce.

CZĘŚĆ III. Uwagi i zalecenia pokontrolne dla jednostki ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających.

CZĘŚĆ IV. Ocena współpracy z innymi podmiotami.

CZĘŚĆ V. Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania danej jednostki.

CZĘŚĆ VI. Systemy zarządzania i akredytacja w jednostce.

CZĘŚĆ VII. Systemy informatyczne i Polityka Bezpieczeństwa Informacji w jednostce.

CZĘŚĆ VIII. Wiedza nt. organizacji.

CZĘŚĆ IX. Uwagi dodatkowe.

Respondenci w odpowiedzi na pytania oceniające mieli do wyboru 5-stopniową skalę (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie się zgadzam) lub (1 – bardzo źle, 2 – źle, 3 – zadowolająco, 4 dobrze, 5 bardzo dobrze). W pytaniach o fakty do wyboru były odpowiedzi „tak”, „nie”, część pytań pozostawiała opisową formę odpowiedzi. Poproszono również respondentów o wskazanie wartości mierników jakości, takich jak reoperacje, readmisje, przedłużone pobyty, błędy i pomyłki lekarskie, powikłania, incydenty medyczne i inne. Ponadto, respondenci w sposób opisowy przedstawili uwagi i zalecenia pokontrolne od następujących organów kontrolujących/ oceniających ich organizację:

1. Inspektorat Sanitarny.
2. Inspektorat Pracy.
3. Inspektorat Farmaceutyczny.
4. Państwowa Agencja Atomistyki.
5. Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
7. Inspektorat Ochrony Danych Osobowych.
8. Inspektora Ochrony Środowiska.
9. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
10. Jednostki Certyfikujące Systemy Zarządzania.

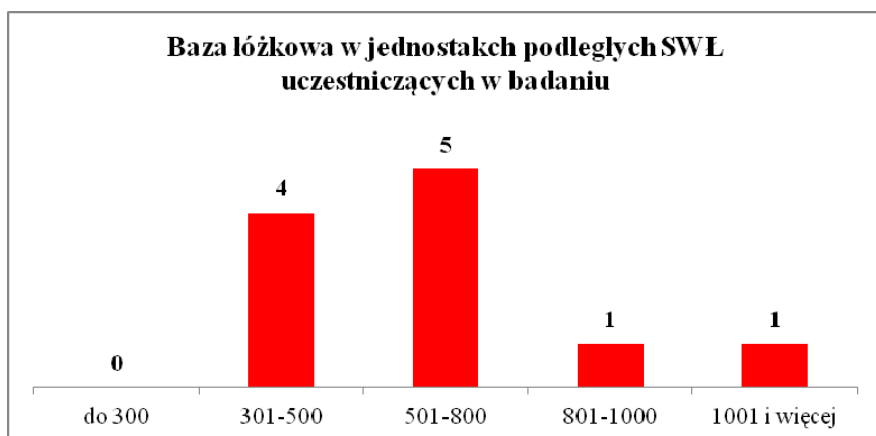
Każdy z 9 obszarów tematycznych kończył się możliwością wskazania dodatkowych uwag, spostrzeżeń czy komentarzy ze strony wypełniającego ankietę.

tę. W grupie respondentów przeważały osoby pracujące z dominującym stażem pracy powyżej 25 lat, z czego między 11 a 25 lat w instytucji objętej badaniem.

Dane dotyczące wielkości i organizacji jednostek biorących udział w badaniu

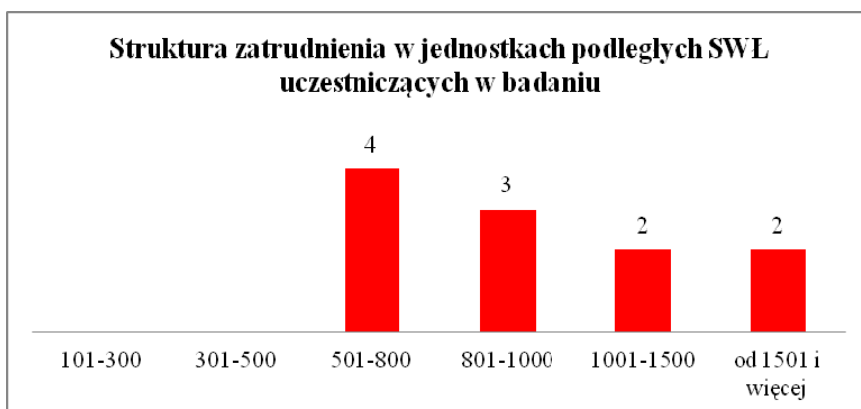
Jednostki biorące w badaniu oceniono na podstawie bazy łóżkowej (rys. 1), struktury zatrudnienia (rys. 2), wdrożonych systemów i certyfikatów jakości (rys. 3) oraz posiadanych akredytacji ministra zdrowia.

Rysunek 1. Baza łóżkowa w jednostkach podległych SWŁ



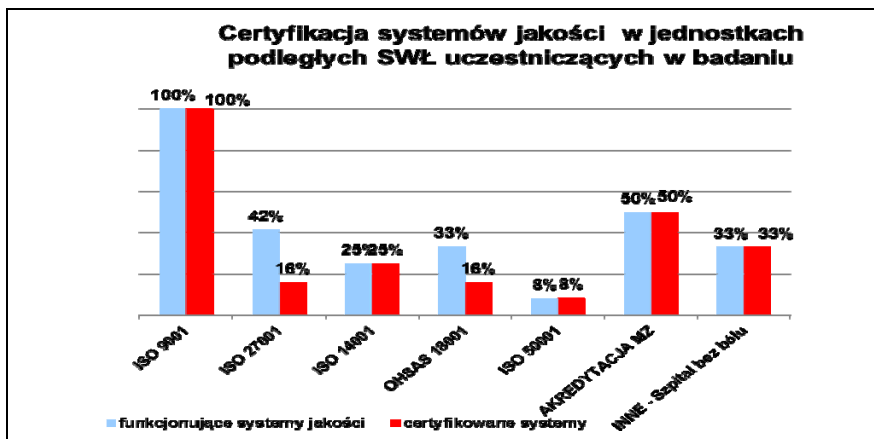
Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Struktura zatrudnienia w jednostkach podległych SWŁ



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 3. Certyfikacja systemów jakości w jednostkach podległych SWŁ



Źródło: opracowanie własne.

W toku zebranych danych ustalono, że tylko cztery jednostki podległe SWŁ posiadają aktualny Certyfikat Akredytacyjny.

Wyniki

Analizie poddano wszystkie odpowiedzi uzyskane w badaniu ankietowym. Żadnej ankiety nie wykluczono z realizowanego badania.

CZĘŚĆ I – Komitety i Zespoły problemowe

Zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami standardów akredytacyjnych, w jednostkach ochrony zdrowia funkcjonować powinny wybrane komitety oraz zespoły problemowe, których zadaniem jest szeroko rozumiane wsparcie i doradztwo w zarządzaniu danym obszarem dla całej organizacji i zatrudnionego w niej personelu.

W ankiecie zapytano respondentów, po pierwsze o funkcjonowanie danego komitetu/zespołu, po drugie podano następujące kryteria jego oceny:

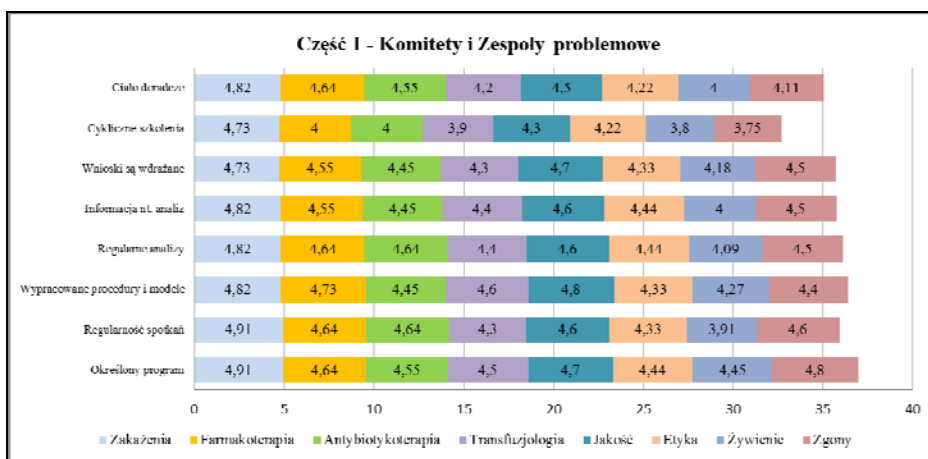
- Posiada jasno określony program działania.
- Spotyka się regularnie w przyjętych czasookresach.
- Wypracowuje procedury i modele postępowania.
- Prowadzi regularne analizy w swoim obszarze.
- Informuje na bieżąco o rezultatach swoich analiz.
- Wdraża wnioski z prowadzonych działań.
- Realizuje cykliczne szkolenia tematyczne.
- Stanowi ciało doradcze dla pracowników jednostki.

Wskazane zakresy działalności danego komitetu/zespołu:

1. Zakażenia szpitalne.
2. Farmakoterapia.
3. Antybiotykoterapia.
4. Transfuzjologia.
5. Jakość.
6. Etyka.
7. Żywnienie.
8. Zgony.

Rezultaty przeprowadzonej oceny (rys. 4).

Rysunek 4. Ocena poszczególnych komitetów i zespołów problemowych



Źródło: opracowanie własne.

Zebrane wyniki jasno wskazują wysoką aktywność komitetów i zespołów kontroli zakażeń szpitalnych (wymóg prawny – Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 z późn. zmianami], farmakoterapii/ antybiotykoterapii oraz transfuzjologii oraz komitetów lub zespołów ds. jakości (wymóg standardów akredytacyjnych – Standard akredytacyjny PJ 1.2 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości [Dudzik-Urbaniak, Kutaj-Wąsikowska, Kutryba, Piotrowski (red.) 2009]. Największy problem dla większości stanowi realizacja cyklicznych szkoleń tematycznych, aż w trzech przypadkach ocena tego kryterium nie przekroczyła oceny 4.

Jako uwagi i spostrzeżenia dodatkowe, respondenci wskazali m.in.:

- trudności w aktywizacji pracy niektórych komitetów i zespołów,
- trudności w prowadzeniu analiz na podstawie danych zebranych ze szpitala (dane niekompletne/ niesystematycznie gromadzone/ z wielu niespójnych źródeł/ częste ograniczanie analiz wyłącznie do danych statystycznych);
- mała ilość szkoleń tematycznych, co wpływa na niedoinformowanie personelu w poszczególnych obszarach;
- brak zaangażowania lekarzy w pracę poszczególnych komitetów/ zespołów;
- nie wszystkie komitety i zespoły spotykają się w wyznaczonych terminach, nie realizują określonych programów działania, brak raportów ze spotkań oraz inicjowania i wdrażania działań doskonalących.

CZĘŚĆ II – Analizy prowadzone w jednostce

Część druga ankiety poświęcona została analizom prowadzonym w badanych jednostkach. Ponownie, zgodnie z wymaganiami prawnymi i/lub wymaganiami standardów akredytacyjnych zapytano o następujące zakresy prowadzonych analiz, ich ocenę oraz elementy składające się na daną analizę:

1. Odmowy hospitalizacji
2. Zdarzenia niepożądane, a w szczególności:
 - a. readmisje,
 - b. reperacje,
 - c. przedłużone pobyty,
 - d. błędy i pomyłki lekarskie,
 - e. powikłania,
 - e. poparzenie pacjenta,
 - f. ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
 - g. niewłaściwy pacjent/miejsce/strona operowana/niewłaściwa procedura operacyjna,
 - h. embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym,
 - i. samobójstwa,
 - j. samowolne oddalenie się pacjenta,
 - k. incydenty medyczne (związane z aparaturą medyczną),
 - l. niepożądane działanie produktu leczniczego,
 - m. inne, jakie.
3. RKO (resuscytacja krążeniowo-oddechowa).
4. Zgony.
5. Zakażenia szpitalne.

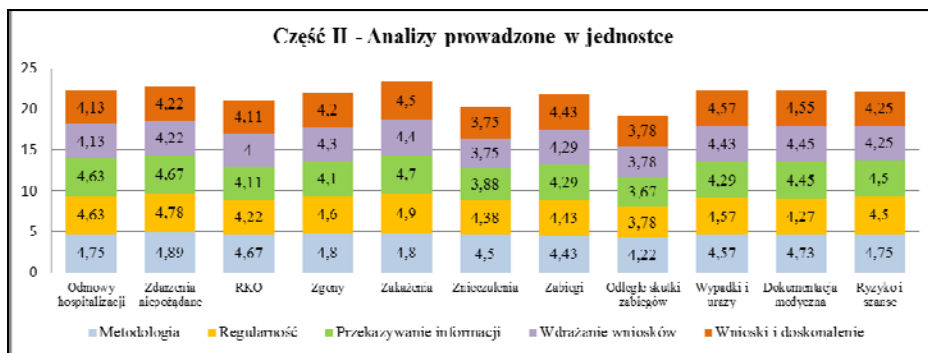
6. Znieczulenia.
7. Zabiegi.
8. Odległe skutki zabiegów.
9. Wypadki i urazy (w tym dotyczące pacjentów/ osób odwiedzających i innych).
10. Dokumentacja medyczna.
11. Ryzyko i szanse.
12. Satysfakcja pacjentów.
13. Satysfakcja pracowników.
14. Skargi i wnioski od zainteresowanych stron.
15. Analityka.
16. Farmakoterapia.
17. Krwiolecznictwo.
18. Promieniowanie jonizujące.
19. Inna, jaka.

Przykład pytań dla CZĘŚCI II ankiety (kryteria oceny analiz):

- a. prowadzona w oparciu o określoną metodologię;
- b. realizowana regularnie w przyjętych czasookresach;
- c. na bieżąco przekazywana do zainteresowanych;
- d. wnioski są regularnie wdrażane w jednostce;
- e. wnioski przyczyniają się do doskonalenia działań jednostki.

Rezultaty przeprowadzonej oceny dot. odmów hospitalizacji, zdarzeń niepożądanych, RKO, zgonów, zakażeń szpitalnych, znieczuleń, zabiegów, odległych skutków zabiegów, wypadków i urazów, dokumentacji medycznej, ryzyka i szans – (rys. 5).

Rysunek 5. Ocena prowadzonych analiz

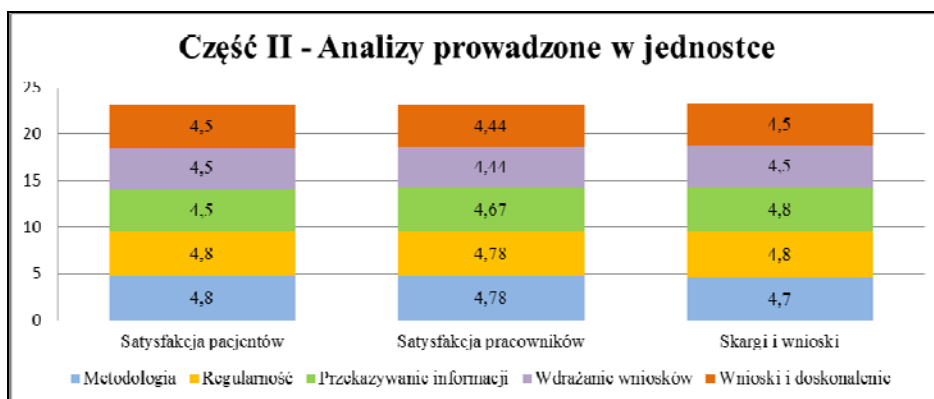


Źródło: opracowanie własne.

W rezultacie zebranych danych widać wysoką ocenę wpływu wniosków na poprawę jakości z prowadzonych analiz w obszarze wypadków i urazów (4,57) oraz analizy dokumentacji medycznej (4,55). Wysoko oceniono także wdrażanie i wpływ wniosków na poprawę jakości wynikających bezpośrednio z analizy zakażeń (4,5). Największe trudności w przekazywaniu informacji (3,88), wdrażaniu wniosków (3,75) i ich wpływu na poprawę jakości (3,75) respondenci wskazali w obszarze analizy znieczuleń oraz odległych skutków zabiegów, odpowiednio (3,67/ 3,78/ 3,78).

Rezultaty przeprowadzonej oceny dot. satysfakcji pacjentów, satysfakcji pracowników, skarg i wniosków od zainteresowanych stron – (rys. 6).

Rysunek 6. Ocena prowadzonych analiz



Źródło: opracowanie własne.

Jako uwagi i spostrzeżenia dodatkowe, respondenci wskazali m.in.:

- niewielki stopień przełożenia wyników poszczególnych analiz na wdrażanie konkretnych rozwiązań organizacyjnych;
- ciągle poszukiwanie skutecznych i efektywnych rozwiązań oraz metodologii zbierania danych, jak i ich analizy;
- często przeprowadzane analizy, podobnie jak zauważono to w przypadku wniosków z prac komitetów i zespołów, stanowią jedynie dane statystyczne;
- to obszar wymagający wypracowania jednolitych standardów postępowania i metodyki wdrażania działań doskonalących zidentyfikowanych bezpośrednio na ich podstawie.

CZĘŚĆ III – Uwagi i zalecenia pokontrolne dla jednostki ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających

W części trzeciej przedmiotowej ankiety respondenci zostali poproszeni o wymienienie najczęstszych uwag i zaleceń pokontrolnych od poszczególnych organów kontrolujących/ oceniających jednostkę.

1. Inspektorat Sanitarny – w toku analizy zebranych danych wyodrębniono najczęściej pojawiające się odpowiedzi:
 - konieczność poprawy stanu sanitarno-epidemiologicznego pomieszczeń i korytarzy szpitalnych;
 - konieczność usunięcia ubytków w ścianach, drzwiach, zakup maceratorów, uzupełnienie braków w wyposażeniu m.in w wózki na leki, krzesła i inne;
 - zwrócenie szczególnej uwagi na czystość, głównie dotyczyło konieczności malowania powierzchni i wymiany wykładzin;
 - zwrócenie szczególnej uwagi na stan powierzchni łóżek, szafek szpitalnych, przeprowadzenie drobnych remontów i napraw.
2. Inspektorat Pracy, powtarzające się odpowiedzi:
 - brak systematyczności w przeprowadzaniu szkoleń BHP;
 - powiadamianie o ustalonych harmonogramach pracy lekarzy – czas pracy.
3. Inspektorat Farmaceutyczny, respondenci wskazali między innymi:
 - niewłaściwe warunki lokalowe, braki w Aparaturze Kontrolno-Pomiarowej (AKP);
 - zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania produktów leczniczych;
 - brak pracowni do przygotowywania leków cytostatycznych.
4. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako najczęstsze wskazano:
 - prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami prawnymi;
 - kompletność dok. med. – pełna autoryzacja osób udzielających danego świadczenia medycznego, dołączanie wyników badań do historii choroby, rozliczenie świadczeń w odniesieniu do właściwej osoby udzielającej świadczenia medycznego;
 - prawidłowe rozliczanie świadczeń – źle rozliczane hospitalizacje, nieuzasadnione hospitalizacje;
 - warunki udzielania świadczeń – braki w wyposażeniu – aparatura medyczna, braki kadrowe – właściwe zabezpieczenie lekarskie i pielęgniarskie;

- naliczane kary pieniężne w związku z nieprawidłowym rozliczaniem procedur.
5. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, powtarzające się zalecenia:
- obowiązek zgłaszania i kontrolowania każdego powikłania poprzeczeniowego;
 - uwagi do zapisów w książkach transfuzyjnych – czasy przetoczeń, autoryzacja wpisów;
 - obowiązek bieżącej aktualizacji SOP w zakresie krwiolecznictwa;
 - prowadzenie zbiorczej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wymaganiami prawnymi (wymiana książek transfuzyjnych – niewłaściwy wzór, nieprawidłowo poprawiane dane pierwotne);
 - brak zapasowej zamrażarki w Banku Krwi;
 - zbyt duża ilość przetoczonych FFP.
6. Najwyższa Izba Kontroli:
- procedura oceny bólu – sposób postępowania do ponownego przeanalizowania.
7. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, najczęściej występujące:
- zbyt mało wnikliwe prowadzenie analiz wymaganych przez poszczególne standardy akredytacyjne,
 - brak pełnego dokumentowania w zakresie m.in.: procedury przymusu, leczenia bólu, profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej,
 - brak zapewnienia spełnienia wymagań poszczególnych standardów.
8. Jednostki certyfikujące, wskazano:
- sprawowanie właściwego nadzoru nad udokumentowanymi informacjami i zapisami;
 - poprawa komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi.

CZĘŚĆ IV – Ocena współpracy z innymi podmiotami

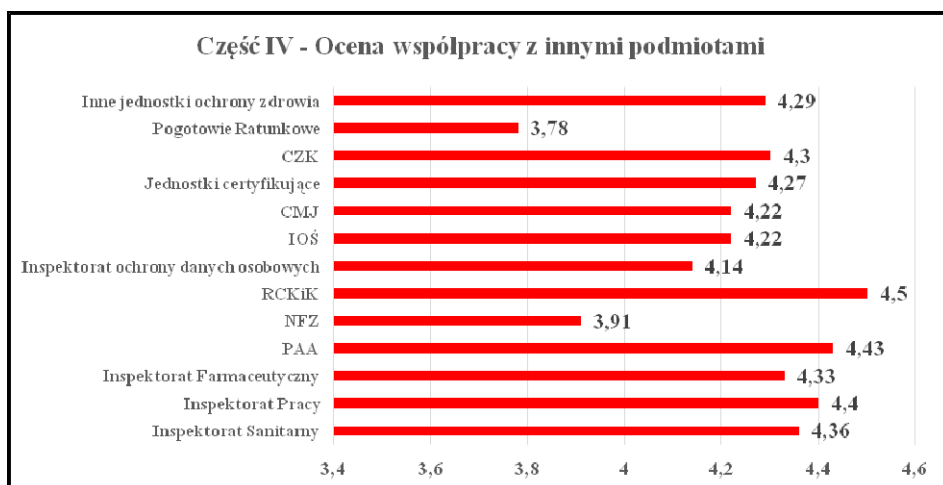
W tej części ankiety respondenci mieli subiektywnie ocenić współpracę pomiędzy ich jednostką a innymi podmiotami zewnętrznymi. Zakres oceny przeprowadzonej w tym obszarze:

- a. Inspektorat sanitarny.
- b. Inspektorat Pracy.
- c. Inspektorat Farmaceutyczny.
- d. Państwowa Agencja Atomistyki.
- e. Narodowy Fundusz Zdrowia.

- f. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
- g. Inspektorat ochrony danych osobowych.
- h. Inspektorat Ochrony Środowiska.
- i. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).
- j. Jednostki certyfikujące systemy zarządzania.
- k. Centrum Zarządzania Kryzysowego.
- l. Pogotowie Ratunkowe.
- m. Inne jednostki ochrony zdrowia.

Rezultaty przeprowadzonej oceny współpracy danej jednostki z innymi podmiotami – (rys. 7).

Rysunek 7. Ocena współpracy danej jednostki z innymi podmiotami



Źródło: opracowanie własne.

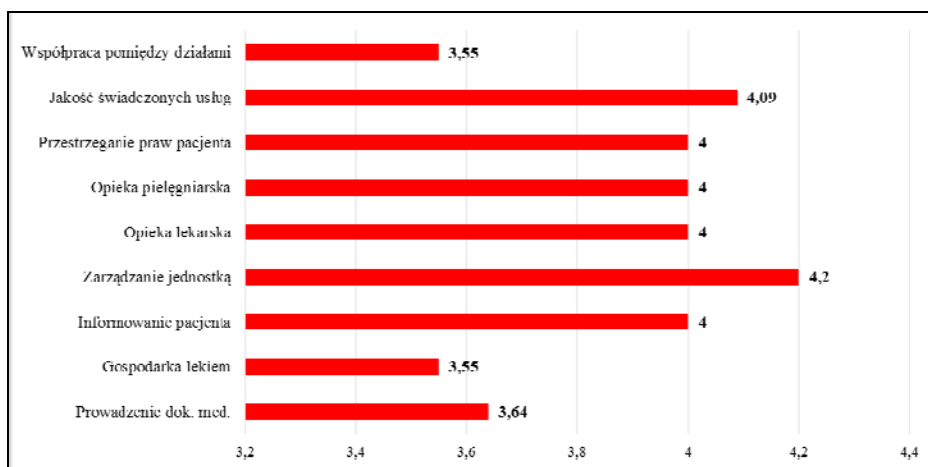
Respondenci za najlepszą uznali współpracę z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (4,5), z Polską Agencją Atomistyki (4,43) oraz Inspektoratem Pracy (4,4). Najslabiej współpraca zdaniem respondentów układa się z Pogotowiem Ratunkowym (3,78), gdzie z własnego doświadczenia wynika, jak wiele elementów jest trudnych do sprawnego zorganizowania, jak chociażby wymiana sprzętu medycznego czy zabezpieczenie i przekazywanie dokumentacji chorego oraz Narodowym Funduszem Zdrowia (3,91).

CZĘŚĆ V – Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania danej jednostki

W tej części ankiety autorzy badania skierowali się do uczestników z prośbą o dokonanie samooceny jednostki – (rys. 8), w następujących obszarach:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej.
2. Gospodarka lekiem.
3. Informowanie pacjenta.
4. Zarządzanie jednostką.
5. Opieka lekarska.
6. Opieka pielęgniarska.
7. Przestrzeganie praw pacjenta.
8. Jakość świadczonych usług.
9. Współpraca pomiędzy poszczególnymi działami jednostki.

Rysunek 8. Samoocena jednostki w poszczególnych obszarach funkcjonowania



Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z pozyskanymi danymi najwyżej oceniono zarządzanie jednostką (4,2), najniżej gospodarkę lekiem (3,55), współpracę pomiędzy działami (3,55) oraz prowadzenie dokumentacji medycznej (3,64).

CZĘŚĆ VI – Systemy zarządzania i akredytacja w jednostce

Strukturę jednostek pod względem wdrożonych systemów oraz systemów certyfikowanych przedstawiono w tabeli 1, natomiast okres czasowy funkcjonowania systemu w jednostce zobrazowano w tabeli 1a.

Tabela 1. Struktura jednostek – systemy wdrożone, systemy certyfikowane

Wdrożone systemy		Certyfikowane systemy	
Oznaczenie normy/ Nazwa certyfikatu	Liczba jednostek	Oznaczenie normy/ Nazwa certyfikatu	Liczba jednostek
ISO 9001	12	ISO 9001	12
ISO-IEC 27001	4	ISO-IEC 27001	2
ISO 14001	3	ISO 14001	3
OHSAS 18001/PN-N 18001	4	OHSAS 18001/ PN-N 18001	2
ISO 50001	1	ISO 50001	1
Akredytacja Ministra Zdrowia	5	Akredytacja Ministra Zdrowia	3
Inne, jakie: Szpital bez bólu	3	Inne, jakie: Szpital bez bólu	3

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1a. Struktura jednostek – okres czasowy funkcjonowania systemu w jednostce

Kryteria	Liczba jednostek
Systemy funkcjonują mniej niż 3 lata	2
Systemy funkcjonują minimum 3 lata lub więcej	10
Akredytacja MZ oceniona minimum 1 raz	2
Akredytacja MZ oceniona więcej niż 1 raz	4

Źródło: opracowanie własne.

Ocena procentowa Akredytacji Ministra Zdrowia (wymagany próg procentowy przyznania certyfikatu akredytacyjnego 75% [14,15]) – tabela 1b.

Tabela 1b. Ocena procentowa Akredytacji Ministra Zdrowia

Akredytacja pierwsza		Akredytacja kolejna	
Ocena procentowa	Liczba jednostek	Ocena procentowa	Liczba jednostek
77%	1	75%	1
79%	1	87%	1
76%	1	72%	1
73%	1	-	-
75%	2	85%	1

Źródło: opracowanie własne.

CZĘŚĆ VII – Systemy informatyczne i Polityka Bezpieczeństwa Informacji w Jednostce

Wybrane zagadnienia poruszone w tym bloku tematycznym oraz ich ocenę przez respondentów przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wybrane zagadnienia informatyczne oraz dotyczące Polityki Bezpieczeństwa Informacji w Jednostkach

Zagadnienia informatyczne oraz dotyczące Polityki Bezpieczeństwa Informacji w Jednostkach	
Pytanie/ Zagadnienie	Liczba odpowiedzi - TAK
Czy funkcjonujące w jednostce systemy informatyczne są ze sobą zintegrowane i zapewniają wymianę danych	8
System informatyczny zapewniający możliwość prowadzenia elektronicznej dok. med.	8
System informatyczny zapewniający kontrolę dostępu do systemów i pomieszczeń	3
System informatyczny do administrowania uprawnieniami	8
System informatyczny do rejestracji incydentów i zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa informacji	3
System informatyczny do rejestracji zdarzeń niepożądanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych	6
Wdrożona i funkcjonująca Polityka Bezpieczeństwa informacji i inne związane dokumenty*	11
Przydzielona funkcja Inspektora Ochrony Danych (IOD)	4
Wdrożone RODO	3
Kwalifikowany podpis elektroniczny	3

* zrealizowane w ramach projektów Usługi Regionalnego Systemu Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego (RSIM-Usługi) oraz Infrastruktura Regionalnego Systemu Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego (RSIM-Infrastruktura) dla 13 zakładów opieki zdrowotnej podległych SWŁ, zakończone 29 października 2015 roku.

Źródło: opracowanie własne.

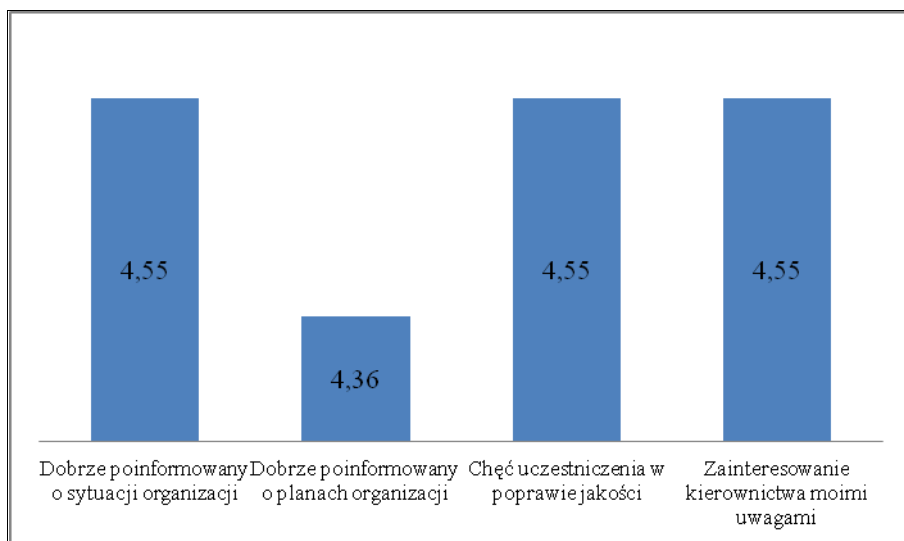
CZĘŚĆ VIII – Wiedza na temat organizacji

W tej części ankiety respondenci poproszeni zostali o samoocenę wiedzy własnej o jednostce oraz własnego wpływu na zmiany w organizacji. Zakres oceny przeprowadzonej w tym obszarze:

- Jestem dobrze poinformowana/-y o bieżącej sytuacji mojej organizacji.
- Jestem dobrze poinformowana/-y o planach dotyczących mojej organizacji.
- Chciałabym/-bym uczestniczyć w działaniach mających na celu poprawę jakości.
- Kierownictwo jest zainteresowane moimi uwagami w związku z realizacją zadań na moim stanowisku.

Wyniki zebranych danych z Części VIII wskazały na wysoki poziom wiedzy własnej respondentów na temat instytucji w których pracują (4,55) oraz duży wpływ na zachodzące w nich zmiany (4,55). Uczestnicy badania wysoko oceniają także własne chęci do uczestnictwa w działaniach na rzecz poprawy jakości (4,55) – (rys. 9).

Rysunek 9. Ocena wiedzy respondentów nt. organizacji oraz wpływu na zachodzące w niej zmiany



Źródło: opracowanie własne.

CZĘŚĆ IX – Uwagi dodatkowe

W części tej zadano respondentom następujące pytania:

- Co sprawia Państwu największe problemy w pracy?

- Co chcielibyście Państwo zmienić w pierwszej kolejności?
- Jakich efektów spodziewacie się Państwo po zakończeniu przedmiotowego projektu poprawy jakości?
- Inne uwagi.

W toku przeprowadzonej analizy udzielonych odpowiedzi na pytanie, co sprawia największe problemy w pracy, wyodrębniono powtarzające się, takie jak wielkość jednostki i złożoność procesów – co zdecydowanie utrudnia efektywne i skuteczne zarządzanie wszystkimi zachodzącymi procesami, słaby przepływ informacji – trudności w komunikacji wewnętrznej, zróżnicowanie stopnia zaangażowania w różnych grupach zawodowych w działalność organizacji – w tym na rzecz podnoszenia jakości świadczonych usług. Ponadto, zwrócono uwagę na niedobory personelu pielęgniarskiego, lekarskiego i niższego, zbyt wiele niepotrzebnej i dublującej się dokumentacji – zarówno medycznej, jak i sprawozdawczej, braki sprzętowe czy złą infrastrukturę szpitala. Nie bez echa pozostaje w opinii uczestników badania nieprzemyślane, zmienne i niezgodne z rzeczywistością prawodawstwo, zwiększone obowiązki administracyjne lekarzy przy istniejących brakach kadrowych i jakże ludzka niechęć personelu medycznego do wprowadzania jakichkolwiek zmian oraz nowych zadań. Respondenci podkreślali również negatywny wpływ na przebieg ich pracy ograniczonych środków finansowych z NFZ – uniemożliwiających prowadzenie działań projakościowych, przy wciąż rosnących kosztach wynagrodzeń pracowników – głównie lekarzy czy brak spójnej strategii funkcjonowania systemu oraz jednolitych wytycznych postępowania dla jednostek ochrony zdrowia.

Rozkład najczęstszych odpowiedzi respondentów w obszarze, co do zmiany w pierwszej kolejności przedstawia się następująco: zmiana organizacji i struktury organizacyjnej w obszarze jakości, zwiększenie środków na szkolenia specjalistyczne, zakup lub wypracowanie narzędzi (metodyki) zbierania danych i ich analizowania – wyciąganie wniosków i ich wykorzystywanie na rzecz poprawy jakości, ustalenie jednolitych standardów postępowania dla podmiotów leczniczych, zwiększenie jakości świadczonych usług, zwiększenie liczby pracowników administracyjno-medycznych, np. rejestracja, statystyka medyczna oraz poprawa komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi. Dodatkowo, wskazano konieczność poprawy wiedzy personelu z zakresu zintegrowanych systemów zarządzania i akredytacji – dzięki której możliwa wydaje się być zmiana samego podejścia pracowników do tematu zarządzania jakością, zwiększenie zaangażowania w rozwój personelu ze strony najwyższego kierownictwa czy dostępność do nowoczesnych tech-

nologii, w tym rozwiązań informatycznych w ochronie zdrowia. Znamienne wydaje się być założenie grupy zawodowej lekarzy, że ich misją jest leczenie, „a nie wypełnianie jakiś papierków”.

Analiza spodziewanych efektów po zakończeniu projektu poprawy jakości/ uwag innych pozwoliła na wskazanie najczęstszych z nich, tj. opracowanie jednoznacznych wytycznych – usystematyzowanie procedur medycznych i organizacyjnych, które pozwolą na utrzymanie jakości świadczonych usług medycznych na wyrównanym, wysokim poziomie w województwie, poprawa wizerunku danej jednostki, ciągłe doskonalenie wewnętrznych procesów, zmniejszenie kosztów roszczeń finansowych pacjentów czy zapewnienie satysfakcji pacjentów. Ponadto, respondenci spodziewają się bezpieczeństwa prawnego i finansowego dla organizacji, namacalnych – wymiernych korzyści, które będą motywowały pracowników do działań projakościowych. Jak zauważyli uczestnicy badania, jakość związana jest z finansowaniem, w sposób naturalny oczekują zatem zwiększenia nakładów finansowych dla organizacji na ten cel. Podobnie, jak w przypadku infrastruktury stanowiącej jeden z podstawowych elementów funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia, na przebudowę i doposażenie, której w obecnej sytuacji jednostki nie posiadają wystarczających środków finansowych.

Dyskusja

Na podstawie zebranych danych możliwe staje się wyznaczenie pewnych trendów w zakresie wsparcia jednostek ochrony zdrowia w procesie podnoszenia jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz możliwości uzyskania lub sprawnego utrzymywania certyfikatów jakości czy certyfikatu akredytacyjnego. W dalszym efekcie pozyskanych danych, zamierzone jest wypracowanie konkretnej metodyki, ustandaryzowania podejścia do rozwiązywania problemów dla wybranych obszarów zarządzania w jednostkach ochrony zdrowia.

Zdaniem autorów niniejszego artykułu, nie jest wystarczające wskazanie wymagań oraz standardów i pozostawienie placówek ochrony zdrowia samych sobie w mozolnym procesie ich wdrażania i jeszcze trudniejszym, procesie ciągłego utrzymywania wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jak podają Maciej Sobkowski i Tomasz Opala, tylko profesjonalnie przeprowadzony proces implementacji systemów zarządzania jakością, stanowi skuteczne narzędzie podnoszące poziom jakości usług medycznych oraz zapewniające efektywny proces zarządzania podmiotem leczniczym [Sob-

kowski, Opala 2013]. Myśl ta, zdaniem autorów artykułu ma niewątpliwie charakter uniwersalny i z powodzeniem można ją odnieść do pozostałych systemów zarządzania czy standardów akredytacyjnych. Bez działań strategicznych na szczeblu ogólnokrajowym nie będzie możliwe wypracowanie dobrych praktyk sprawnego zarządzania podmiotami leczniczymi, gdzie jakość będzie integralną jego częścią, a nie dodatkowym systemem na zgodność z normą odniesienia, nie będzie też możliwości stania na straży bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia czy zapewnienia ciągłego doskonalenia poziomu świadczonych usług. Jakości nie da się „jakoś” zabezpieczyć, jakość wymaga odpowiedniego poziomu wiedzy i zrozumienia tego pojęcia, wyznaczenia celów oraz zdefiniowania procesów zachodzących w organizacji, a także opracowania konkretnych rozwiązań dla skutecznego i efektywnego nimi zarządzania.

Realizacja przedmiotowego badania znajduje swoje uzasadnienie praktyczne, dając możliwość wykorzystania jego rezultatów do prac zespołów problemowych oraz globalnej debaty nad problematyką zarządzania jakością w ochronie zdrowia, w bezpośredniej korelacji ze wzrostem bezpieczeństwa i poziomu jakości świadczonych usług. Zapoczątkowana wymiana doświadczeń pomiędzy praktykami zarządzania podmiotami leczniczymi, a pozostałymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia, może w efekcie doprowadzić do wypracowania jednolitych schematów postępowania, zapewniających skuteczność, powtarzalność, przydatność oraz identyfikowalność prowadzonych działań i analiz na każdym etapie ich realizacji, niezależnie od stawianych wymagań przez właściwe organy kontrolujące i/lub oceniające jednostki ochrony zdrowia w Polsce.

Rezultaty zrealizowanego badania, autorzy artykułu, jak i w uwagach dodatkowych sami jego uczestnicy, definiują jako korzyści, które mogą wpłynąć na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta w świetle jego praw oraz wszystkich pozostałych uczestników procesu. Patrząc przez pryzmat rezultatów badania Marcina Kautscha, jasno wskazujących konieczność silnego przywództwa przy nieuniknionych i stojących przed naszym społeczeństwem zmianach w systemie ochrony zdrowia, wraz z lepszym wykorzystaniem posiadanych, a przecież wciąż kurczących się zasobów [Kautsch 2016], zainicjowane działania powinny stać się priorytetowe.

Wnioski

Najważniejsze wnioski z przeprowadzonego badania, wskazujące główne obszary do opracowania wspólnych dobrych praktyk postępowania przedstawiają się następująco:

1. Komitety i zespoły problemowe powoływane na potrzeby stosownych przepisów prawa lub innych wymagań organów decyzyjnych czy kontrolnych napotykają na szereg problemów organizacyjnych, począwszy od właściwego planowania działań i ich regularnego realizowania, poprzez duże problemy z gromadzeniem niezbędnych danych dla prowadzonych analiz i wyciągania z nich wniosków (dane niedoszacowane), następnie kwestię motywacji poszczególnych członków do działania na rzecz poprawy funkcjonowania jednostki w danym obszarze, a na szkoleniu i wdrażaniu stosownych działań doskonalących kończąc.
2. Analizy prowadzone w poszczególnych obszarach, dotyczące w dużej mierze mierników jakości, w tym tak istotnych jak zdarzenia niepożądane, nie są gromadzone systematycznie, nie są także kompletne, nierzadko stanowią jedynie zebrane dane statystyczne, a ewentualne wnioski z nich wypływające najczęściej nie przyczyniają się do wdrożenia działań naprawczych czy doskonalących. W oparciu o wymianę doświadczeń w tym obszarze zauważa się dodatkowo ogromną różnorodności przyjętych metod, zarówno przy definiowaniu zakresu zbieranych danych, sposobu ich gromadzenia, jak i w rezultacie realizacji konkretnych analiz. Różna pozostaje także świadomości rangi zbierania i analizowania poszczególnych danych wśród personelu medycznego, co w świetle założeń projektu ustawy o *jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta* oraz trwającego projektu „Bezpieczeństwo pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach” Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nie pozostaje bez znaczenia. Dodatkowo, zaznaczyć należy, że zaledwie połowa ankietowanych jednostek posiada wspomagający systemy informatyczny do gromadzenia tego rodzaju danych, ponadto nie wszystkie jednostki posiadają systemy zintegrowane i zapewniające ich wymianę, co także nie sprzyja rozwojowi idei informatyzacji w ochronie zdrowia.
3. W odniesieniu do części poświęconej uwagom i zaleceniom pokontrolnym szczególną uwagę zwrócić należy na te przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – nieprawidłowości w dokumentacji medycznej oraz nieprawidłowości w rozliczeniach poszczególnych świadczeń. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontrolnej, placówki medyczne nie przykładają

wystarczającej wagi do prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, choć są to dokumenty wpływające na przebieg leczenia, postępowania sądowe czy rozliczenia z NFZ [11]. Próba wyjaśnienia przyczyn, wskazuje na brak czasu na uzupełnianie dokumentacji, jednakże część uchybień wynika po prostu z braku należytej staranności personelu, dlatego tak istotne są przede wszystkim regularne szkolenia z zakresu wymagań prawnych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej czy możliwości funkcjonalnych wykorzystywanych systemów informatycznych do prowadzenia dokumentacji medycznej elektronicznie, jak i uświadamiania personelowi skutków popełnianych nieprawidłowości. Z całą pewnością warto pochylić się nad tym tematem nieco głębiej, sięgając chociażby do programów studiów medycznych i wplatając w nie podstawy dotyczące wymagań prawnych dla dokumentacji medycznej czy prawidłowości rozliczeń poszczególnych świadczeń, a także obowiązujących standardów opieki, tak aby personel medyczny rozpoczynający pracę w ochronie zdrowia był absolutnie świadomy zakresu zadań, odpowiedzialności i uprawnień oraz wszelkich konsekwencji wynikających z ich nieprzestrzegania.

Bibliografia

- 9001:2015, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, (2016), Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa.
- Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M. (2002), *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*, "Qual. Saf. Health Care", nr 11, ss. 358–364 [online], <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.4.358>.
- Czarnecka G., Czauderna P., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Misiewska-Kaczur A., Wyleżoł M. (red.) (2017), *Bezpieczeństwo pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach – Koncepcja Merytoryczna*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Czarnecka G., Czauderna P., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Misiewska-Kaczur A., Wyleżoł M. (red.) (2017), *Bezpieczeństwo pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach – Przewodnik i dokument wdrożeniowy. Jak zgłaszać i analizować zdarzenia niepożądane*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M. (red.) (2009), *Zestaw Standardów Akredytacyjnych*, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M. (red.) (2009), *Zestaw Standardów Akredytacyjnych*, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.

- Francois P., Peyrin J.C., Touboul M., Labarere J., Reverdy T., Vinck D. (2003), *Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments*, "Int. J. Qual. Health Care", nr 15(1), ss. 47–55 [online], <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/15.1.47>.
- Kautsch M. (2016), *Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, tom XVII, zeszyt 10, część 3, Łódź-Warszawa.
- NIK o prowadzeniu dokumentacji medycznej [online], <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niko-prowadzeniu-dokumentacji-medycznej.html>, pobrano: 9.05.2016.
- PN-ISO 31000:2012, *Zarządzanie ryzykiem. Zasady i wytyczne* (2012), Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. 2009.150.1216 z późn. zm.)
- Rybarczyk-Szwajkowska A. (2017), *Ocenianie jakości usług medycznych* [w]: P. Celeja (red.), *Zarządzanie jakością w podmiotach ochrony zdrowia*, Sosnowiec.
- Rybarczyk-Szwajkowska A., Cichońska D., Holly R. (2016), *Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych*, „Medycyna Pracy”, nr 67(3), ss. 365–373, [online], <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.00233>.
- Sobkowski M., Opala T. (2013), *Efektywność pracy i jakość opieki medycznej w podmiocie leczniczym* [w]: Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E. (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, wyd. 2, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska S.A., Warszawa.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2008 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm.)
- Założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta* (2017), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa – projekt w trakcie prac nad stanowiskami zgłoszonymi w ramach konsultacji publicznych (data aktualizacji 06.04.2018).

Małgorzata Domańska¹

Spółeczna Akademia Nauk

Problemy finansowania świadczeń medycznych na przykładzie SP ZOZ

Problems of Financing Medical Services Based on the Example of Independent Public Health Care Centre (SP ZOZ)

Abstract: There are many factors that influence management of basic health care and the existing dilemmas and challenges related to health care cause great emotions. The fundamental goal in the field of health protection is to provide all citizens with equal access to health services, which is supported by universal financing, independent of the individual level of using medical services and individual health risk. Difficulties are concentrated around the access to health services, going beyond the limits on medical services, value of contracts with the National Health Fund in relation to the possibility of their implementation by SP ZOZ being too low and failure to provide the necessary services in sufficient quantity and in due time. At the same time, the demand for health services is increasing, the patient's expectations are growing in terms of the increase in the quality of services, modern technologies, specialist medical and diagnostic services that significantly affect the diagnosis. In addition, the increasing requirements for the financing of benefits by the National Health Fund make the increase in costs not proportional to the income received.

The aim of the article is to present selected problems in the field of financing medical services and management of a medical centre in the face of broad expectations of patients in the scope of services provided, but with limited financial resources. Revenues being a determinant of financial and investment opportunities remain stable, while the demand for higher quality and diversity of provided medical services is increasing. It is not possible to offer patients a wide range of services without highly specialized workforce, equipment, technologies that significantly increase the costs.

Key words: health care, financing medical services, strategic cost management, cost control, contract with the National Health Fund, determinants of the effectiveness of the financial result, cost optimization, human resources management.

¹ m-domanska@wp.pl

Wprowadzenie

Zarządzanie podstawową opieką zdrowotną uwarunkowane jest wieloma czynnikami, a występujące dylematy oraz wyzwania dotyczące opieki zdrowotnej wywołują niepewność co do świadczenia usług. Podstawowym celem w zakresie ochrony zdrowia jest zapewnienie wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, czemu służy powszechne finansowanie, niezależne od jednostkowego poziomu korzystania ze świadczeń medycznych oraz indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Problemy skupiają się wokół dostępu do usług zdrowotnych, wyczerpania się limitów na świadczenia medyczne, zbyt niskiej wartości kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w stosunku do możliwości ich realizacji przez SP ZOZ oraz niedostarczania potrzebnych usług w dostatecznej ilości i w odpowiednim czasie. Jednocześnie wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, rosną oczekiwania pacjenta coraz bardziej świadomego swoich potrzeb zdrowotnych w zakresie wzrostu jakości usług, nowoczesnych technologii, specjalistycznych usług medycznych i diagnostycznych, które istotnie wpływają na rozpoznanie badań. Ponadto coraz większe wymogi w zakresie finansowania świadczeń medycznych przez NFZ powodują wzrost kosztów nieproporcjonalny do uzyskiwanych przychodów.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych problemów w zakresie finansowania świadczeń medycznych oraz zarządzania podmiotem leczniczym w obliczu szerokich oczekiwań pacjentów w zakresie świadczonych usług, ale przy ograniczonych zasobach finansowych. Przychody będące wyznacznikiem możliwości finansowych oraz inwestycyjnych utrzymują się na stałym poziomie, natomiast wzrasta zapotrzebowanie na wyższą jakość oraz różnorodność świadczonych usług medycznych. Szeroki asortyment świadczeń nie jest możliwy do zaoferowania pacjentom bez wysoko wyspecjalizowanej kadry pracowniczej, sprzętu, technologii, które znacznie wpływają na wzrost kosztów.

Uwarunkowania prawno-finansowe funkcjonowania SP ZOZ

Podstawą funkcjonowania powszechnej opieki zdrowotnej jest ustawa o działalności leczniczej [Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.]. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 [Dz. U. z 1997 r. Nr 8, poz. 483 ze zm.] gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia bez względu na jego sytuację materialną. Jednostką, która powinna zapewnić ubezpieczonemu świadc-

czenia zdrowotne służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia [Balcewicz 2013, s.50], zapobieganie chorobom, a także promocji zdrowia jest NFZ [Grześkiewicz 2017, s. 28]. Ustala zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i rozliczeń ze świadczeniodawcami, sprawdza dostępność i jakość usług medycznych oraz kontroluje realizację umów podpisanych ze świadczeniodawcami. Organizuje konkursy ofert na udzielanie świadczeń medycznych, następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy/kontrakty na dostarczanie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Oferta nie uwzględnia jednak rzeczywistych potrzeb zdrowotnych starzejącego się, ale coraz bardziej świadomego w swoich wymaganiach zdrowotnych społeczeństwa, a w konsekwencji potrzeb finansowych podmiotu leczniczego, który oferuje świadczenia medyczne.

Jednym z podmiotów, które mogą udzielać świadczeń zdrowotnych są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Posiadają osobowość prawną, podlegają wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego oraz prowadzą działalność w oparciu o ustawę Prawo przedsiębiorców [Dz. U. z 2018 r. poz. 646 ze zm.]. Jednostki samorządu terytorialnego tworzą SP ZOZ w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Jest to jedno z zadań powierzonych do realizacji ustawą o samorządzie gminnym [Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.], która w art. 7 ust. 1 pkt 5 w zakresie zadań własnych gminy wskazuje ochronę zdrowia jako zadanie w zakresie zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty samorządowej.

Z uwagi na status SP ZOZ, z jednej strony podmiot prowadzący działalność gospodarczą, z drugiej zaś podmiot utworzony przez jednostkę samorządu terytorialnego i przez nią wspomagany finansowo oraz znaczenie wykonywanych zadań, podmiot ten jest objęty systemem kontroli zarządczej funkcjonującej w JST. Już sama ustawa o działalności leczniczej nakłada na podmiot tworzący SP ZOZ obowiązek sprawowania nadzoru nad zgodnością działań z przepisami prawa, statutem, regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. Kontrola zarządcza natomiast obejmuje w szczególności realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem i środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. Warty podkreślenia jest zapis art. 68 ustawy o finansach publicznych [Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.], stanowiącego o działaniach organu tworzącego podmiot leczniczy, w ramach efektywnie i skutecznie prowadzonej kontroli zarządczej, a więc o działaniach kontrolnych podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób

zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy [Hudzik 2018, s. 63]. Wymienione elementy kontroli w istotny sposób wpływają na finansowe aspekty zarządzania przez podmiot leczniczy i w dużym stopniu przekładają się na wymiar finansowy SP ZOZ.

Finansowe aspekty działalności SP ZOZ

Finansowanie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych problemów, zarówno pod względem ekonomicznym, społecznym i politycznym. Podmioty lecznicze, a w szczególności SP ZOZ, funkcjonują w trudnych warunkach mikro i makroekonomicznych. Wyznacza je z jednej strony konkurencja i zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, częste zmiany zasad kontraktowania świadczeń medycznych, rosnące koszty działalności, z drugiej zaś starzejące się, ale coraz bardziej świadome swoich potrzeb zdrowotnych społeczeństwo. Podstawowym źródłem zasilania w środki finansowe podmiotów leczniczych jest realizacja umów/kontraktów zawartych z NFZ na finansowanie świadczeń. Podmioty tworzące SP ZOZ pomimo ograniczonego budżetu, wspierają podmioty lecznicze finansowo, ale środki przeznaczają głównie na inwestycje, remonty, profilaktykę, promocję zdrowia czy programy zdrowia publicznego. Taka pomoc nie jest jednak stałym źródłem przychodów SP ZOZ. Kolejnym źródłem finansowania działalności są przychody wygenerowane w ramach prowadzonej działalności statutowej oraz gospodarczej, jednak w przypadku wielu podmiotów nie są to znaczące finansowo kwoty w odniesieniu do całości uzyskanych przychodów (tabela 1).

Ze względu na przedmiot i charakter badań, autor w publikacji sięga do danych lat 2012–2015 w zakresie będącym już w części przedmiotem badań [Domańska 2016], jednakże z uwagi na fakt rzetelnego ujęcia tematyki przedmiotowego artykułu oraz przedstawienia problematyki finansowania świadczeń zakres analizowanych danych jest pogłębiony o lata 2016–2017 i dotyczy to wszystkich obszarów będących przedmiotem rozważań.

Z tabeli 1 wynika, iż przychody uzyskiwane z działalności statutowej oraz gospodarczej na przestrzeni lat 2012–2017 stanowią średnio 3,8%, co potwierdza niski udział przychodów własnych w przychodach ogółem. Znaczny ich wzrost, bo o kwotę 30 648,00 zł widoczny jest w 2017 roku z uwagi na wzrost przychodów komercyjnych GZOZ, będących efektem wprowadzenia nowych produktów medycznych, skierowanych do zakładów pracy i klientów indywidualnych.

Zarządzanie finansami w SP ZOZ uwarunkowane jest wieloma czynnikami i obciążone określonym ryzykiem [Leszkiewicz 2013, s. 285]. Nieustannie

wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, rosną oczekiwania pacjenta co do jakości świadczonych usług, nowoczesne technologie, specjalistyczne usługi medyczne i diagnostyczne, mające istotny wpływ na szybkie rozpoznanie wyników badań [Domańska 2016, s. 36]. Analiza ryzyka zarządzania finansami wskazuje składową wielu czynników, na które zarządzający nie mają istotnego wpływu, a które w znacznym stopniu wyznaczają możliwości finansowe: wartość kontraktów, wycena procedur medycznych, wzrastające oferty na zakup leków, materiałów medycznych i usług.

Tabela 1. Analiza kształtowania się przychodów z działalności statutowej oraz gospodarczej na przykładzie GZOZ Gminy Ozorków w latach 2012–2017 (w zł)

Treść	Lata					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Przychody ogółem	1 559 799	1 573 990	1 579 137	1 783 653	1 811 094	1 859 084
Kontrakty NFZ	1 495 457	1 525 479	1 516 800	1 728 387	1 755 761	1 762 549
w tym z działalności statutowej i gospodarczej	64 342	48 511	62 337	55 266	65 885	96 533
dotacje	19 004	-	-	-	-	-
sprzedaż usług medycznych: opłaty indywidualne od osób fizycznych, badania profilaktyczne	23 981	27 247	41 289	44 327	55 334	74 644
pozostałe przychody ze sprzedaży: działalność pomocnicza (statutowa)	2 440	3 366	6 114	7 640	4 982	6 795
pozostałe finansowe: równowartość odpisów amortyzacyjnych aktywów trwałych, zakupionych z dotacji, odsetki bankowe	18 917	17 898	14 934	3 299	5 569	15 094
%	4,1	3,1	3,9	3,1	3,6	5,2

Źródło: opracowanie własne.

Realizacja oczekiwań społecznych wiąże się z dodatkowymi kosztami, a poziom finansów istotnie wpływa na dysproporcję w zakresie zapotrzebowania na określone usługi medyczne oraz możliwości ich oferowania. Istotnym problemem są wzrastające koszty, często mające charakter obiektywny, niezależny od przedsiębiorstwa [Jackiewicz, Szrajber 2016, s. 8]: wzrost płacy minimalnej (tabela 2), wdrożenie kosztownych procedur RODO [Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679], coraz większe wymogi w zakresie finansowania świadczeń przez NFZ, wzrost wymagań w zakresie zatrudnienia personelu medycznego. Wyższe koszty zatrudnienia, to wyższy koszt obciążeń pracodawcy w zakresie wynagrodzeń i pochodnych od wynagrodzeń.

Tabela 2. Kształtowanie się płacy minimalnej w latach 2014–2018

Lata	Kwota płacy minimalnej	Wzrost (zł)	Wzrost (%)
2014	1 680,00	-	-
2015	1 750,00	70,00	4,2
2016	1 850,00	100,00	5,7
2017	2 000,00	150,00	8,1
2018	2 100,00	100,00	5,0

Źródło: opracowanie własne.

Innymi kosztami są wszelkiego rodzaju opłaty i podatki, również niezależne od jednostki, np. podatek od nieruchomości, opłaty za różnego rodzaju media, czynsze itp.

Wzrostowi kosztów nie towarzyszy proporcjonalny wzrost przychodów uzyskiwanych z działalności statutowej i gospodarczej (tabela 1) oraz wynegocjowanych kontraktów, które pozostają na niezmienionym lub mniejszym poziomie w stosunku do lat ubiegłych (tabela 3).

Jak wynika z tabeli 3 przychody z tytułu realizacji kontraktów z NFZ w analizowanych latach oscylują na poziomie 96% uzyskiwanych przez podmiot przychodów ogółem. Ta forma finansowania to jedno z głównych źródeł finansowania SP ZOZ. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na usługi medyczne, oferowane kontrakty są zbyt niskie oraz zbyt niska jest wycena świadczeń przez NFZ.

Tabela 3. Analiza kształtowania się przychodów z tytułu umów z NFZ na przykładzie GZOZ Gminy Ozorków w latach 2012 – 2017 (w zł)

Treść	Lata					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Przychody ogółem	1 559 799	1 573 990	1 579 137	1 783 653	1 811 094	1 859 084
w tym kontrakt z NFZ	1 495 457	1 525 479	1 516 800	1 728 387	1 755 761	1 762 549
%	95,8	96,9	96,1	96,9	96,9	94,8

Źródło: opracowanie własne.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Określa ona warunki kontraktu, wielkość świadczeń limitowanych, którą świadczeniobiorca zobowiązuje się wykonać. Zapłata dokonywana jest wyłącznie za świadczenia wykonane. Natomiast w przypadku nadwykonań cena za ich wykonanie jest negocjowana z NFZ z różnym rezultatem. Mogą zostać sfinansowane w całości, w części lub też może być brak zapłaty, co jest sytuacją niekorzystną dla SP ZOZ, która może przyczynić się do zwiększenia straty bilansowej, co może być uznane za niegospodarność i naruszenie dyscypliny finansów publicznych [Jackiewicz, Szrajber 2016, s. 14].

Kontrakty ze względu na niską cenę usług zaoferowaną przez NFZ nie pokrywają potrzeb pacjentów, którzy oczekują specjalistycznych, a zarazem kosztownych usług dla SP ZOZ. Niezbędna jest bieżąca analiza i monitoring budżetu, zarówno po stronie przychodów jak i kosztów, a także bieżące finansowanie świadczeń. W zaistniałej sytuacji niedofinansowania służby zdrowia zagrożone jest bezpieczeństwo pacjenta (dostawy leków, artykułów medycznych, itp.), wypłaty wynagrodzeń, zapłaty zobowiązań. Zainteresowane podmioty oczekują na korzystny sposób finansowania, gdyż skala problemu wymaga gwarancji środków finansowych, przejawiający się w zwiększeniu nakładów na bieżące finansowanie świadczeń, poprzez zmianę zasad kontraktowania.

Tabela 4. Analiza kształtowania się kosztów GZOO Gminy Ozorków w latach 2012–2017 (w zł)

Koszty	Lata					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Amortyzacja	14 687	14 607	12 664	6 199	8 604	17 580
Zużycie materiałów i energii	134 388	113 154	124 763	131 417	118 807	146 961
Usługi obce	233 438	262 451	329 402	379 297	450 920	424 425
Podatki i opłaty	9 211	9 730	10 919	10 865	10 294	10 374
Wynagrodzenia	972 619	1 004 077	955 624	964 729	1 026 149	1 149 446
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	181 323	170 836	151 608	154 909	171 539	189 885
Pozostałe koszty rodzajowe	23 364	21 125	16 058	14 809	15 818	14 652
Koszty finansowe	68	66	66	170	-	-
Koszty ogółem	1 569 098	1 596 046	1 601 104	1 662 395	1 802 131	1 953 323

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z przytoczonych danych zaprezentowanych w tabeli 4 corocznie zauważalny jest wzrost kosztów. Lata 2012–2014 to nieznaczne odchylenia w zakresie kosztów, natomiast lata 2015–2017 to istotny ich wzrost w odniesieniu do poprzednich lat. Odpowiednio w roku 2015 o kwotę 61 291,00 zł, w 2016 r. o kwotę 139 736,00 zł, a w 2017 r. o kwotę 151 192,00 zł. W kwestii poniesionych kosztów zauważalny jest ich wzrost na płaszczyźnie zakupów dotyczących środków trwałych oraz wyposażenia, niezbędnych dla podmiotu by być konkurencyjnym podczas ubiegania się o kontrakt z NFZ. Coraz wyższe standardy kontraktowania, wymogi płatnika świadczeń, np. obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (EDM), będący częścią systemu informatyzacji służby zdrowia, e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia, problemy z dostępem do internetu, a w konsekwencji opór personelu w zakresie postępu technologii – to kolejne wyzwania związane ze wzrastającymi kosztami, którym nie towarzyszy wzrost przychodów (tabela 3).

W zakresie porównywania poziomu zatrudnienia, pomimo faktu utrzymywania się kadry pracowniczej w latach 2016–2017 na jednakowym poziomie – 16,5 etatu [Uchwała Nr LIX/511/18 Rady Gminy Ozorków z dnia 28 czerwca 2018 r.] w 2017 roku widoczny jest wzrost wynagrodzeń i pochodnych od wynagrodzeń będących wynikiem podwyższenia kolejnych specjali-

zacji przez personel wyższego szczebla medycznego. Posiadanie wykwalifikowanego i doświadczonego personelu jest istotnym czynnikiem, bowiem błędy w opisywaniu świadczeń mogą skutkować brakiem zapłaty za świadczenia, ale też konkretna usługa medyczna udzielona przez lekarza, może być sfinansowana w większym lub mniejszym stopniu przez NFZ w zależności od rodzaju opisu świadczenia. Brak stabilizacji kadry nie sprzyja bowiem prawidłowemu wykonywaniu obowiązków [Walczak 2009, s. 32].

Wymienione powyżej elementy to ważne atuty patrząc na kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: JAKOŚĆ (personel, sprzęt i armatura medyczna, realizacja wybranych świadczeń), KOMPLEKSOWOŚĆ (sposób wykonywania umowy), DOSTĘPNOŚĆ (organizacja udzielania świadczeń), CENA (cena usług).

Wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia w latach 2012–2015 były przedmiotem analizy w zakresie optymalizacji kosztów, we wskazanych latach utrzymywały się na stabilnym poziomie, zastosowane bowiem zatrudnienie w formie kontraktów znacznie obniżyło koszty z tego tytułu (zmniejszenie wynagrodzeń to jednocześnie zmniejszenie pochodnych od wynagrodzeń, kosztów okresowych badań lekarskich, wypłat delegacji, itp.) [Domańska 2016, s. 46]. Pozostałe koszty w analizowanych latach kształtują się na umiarkowanym poziomie. Dotyczy to również podatku od nieruchomości, gdyż Gmina począwszy od roku 2012 nie podwyższała stawek podatkowych.

Porównując przychody i koszty rok 2016 zakończył się zyskiem, co było wynikiem zapłaty przez NFZ za nadwykonania. Rok 2017 zakończył się ujemnym wynikiem finansowym, na który istotny wpływ miał brak kontraktu z NFZ w zakresie świadczeń stomatologicznych w okresie od lipca do września 2017 r. Przez ten okres GZOX z własnych środków finansował świadczenia stomatologiczne na rzecz pacjentów, podczas gdy w ramach leczenia stomatologicznego bezpłatnie udzielane są tylko niektóre usługi z wykorzystaniem podstawowych materiałów dentystycznych. Jeżeli pacjent zdecyduje się otrzymać usługę lub materiały na wyższym poziomie, musi je pokryć z własnych środków.

Z uwagi na fakt, iż rok 2017 dla prezentowanego podmiotu zakończył się stratą podmiot tworzący pokrył powstałą stratę zgodnie z wymogami prawnymi. Jednakże by wypełnić zapisy ustawy o działalności leczniczej SP ZOZ zobowiązany był do sporządzenia programu naprawczego, uwzględniając dane wskaźniki ekonomiczno-finansowe, którego celem jest kontynuowanie procesu systemowych zmian, organizacyjnych, ekonomicznych, finansowych,

majątkowych i technicznych dostosowanych do efektywnej realizacji zadań jednostki.

Zakończenie

Autor prezentuje wybrane problemy finansowania świadczeń medycznych w zakresie zarządzania SP ZOZ. Temat szczególnie aktualny z uwagi na ograniczone środki finansowe, obserwuje się bowiem zbyt niskie kontrakty oraz niską wycenę świadczeń przez NFZ, co zostało zaprezentowane na wybranych przykładach i w zestawieniach tabelarycznych w zakresie przychodów, kosztów i zatrudnienia. Obserwuje się coraz szersze oczekiwania pacjentów w zakresie świadczonych usług, dostępu do nich oraz szybkiej diagnostyki. Sprostanie temu wyzwaniu jest niezwykle trudno, bowiem przy ograniczonych zasobach finansowych, które jak wynika z badań są funkcją wielu zmiennych, mają zapewnić równy dostęp do służby zdrowia niezależnie od indywidualnego poziomu korzystania ze świadczeń medycznych oraz indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Trudności skupiają się wokół dostępu do usług zdrowotnych, wyczerpania się limitów na świadczenia medyczne, zbyt niskiej wartości kontraktowanych świadczeń. Podmioty lecznicze zakładając utrzymanie finansowania na dotychczasowym poziomie, zmuszone są do zwiększenia przychodów komercyjnych, tym samym narażając świadczeniobiorców na ponoszenie dodatkowych kosztów w zakresie dostępu do służby zdrowia i korzystania ze świadczeń medycznych. Wzrost przychodów komercyjnych jest swego rodzaju szansą, gdyż każde udane przedsięwzięcie w tym zakresie wniesie wyraźny wkład finansowy w wymiarze pieniężnym. Priorytetem jednak powinna być jakość świadczonych usług, szeroki zakres diagnostyczno-leczniczy, zadawające efekty leczenia, dyspozycyjność personelu i krótki czas przyjęć. Wiąże się to z doбором wyspecjalizowanych kadr, ich praktycznym szkoleniem, co jest zjawiskiem bardzo trudnym ze względu na braki pracowników działów finansowo księgowych oraz medycznych.

Bibliografia

- Domańska M. (2016), *Optymalizacja kosztów w zarządzaniu podstawową opieką zdrowotną i jej wpływ na wyniki finansowe* [w:] A. Jackiewicz, G. Piotrowski, Ł. Sułkowski (red.), *Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego*, Łódź-Warszawa.
- Balcewicz J.(2013), *Problemy zamówień na świadczenia zdrowotne*, *Finanse Komunalne* 6/2013, Warszawa.

- Grześkiewicz W. (2017), *Analiza sytuacji finansowej samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Finanse Komunalne 5/2017, Warszawa.
- Hudzik K. (2018), *Kompetencje skarbnika w zakresie kontroli zarządczej* [w:] Walczak P. (red.), *Vademecum skarbnika jednostki samorządu terytorialnego*, C.H. Beck, Warszawa.
- Jackiewicz A., Szrajber W. (2016), *Problemy finansowania i zarządzania SP ZOZ w kontekście uwarunkowań prawnych i wyników finansowych* [w:] A. Jackiewicz, G. Piotrowski, Ł. Sułkowski (red.), *Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego*, Łódź-Warszawa.
- Leszkiewicz M. (2013), *Wpływ zarządzania finansami w SP ZOZ na wynik i płynność finansową* [w:] A. Jackiewicz, Ł. Sułkowski (red.) *Dylematy rozwoju przedsiębiorczości w aspekcie regionalnym*, Łódź.
- Walczak P. (2009), *Szpitala dalekie od stabilizacji – informacja o wynikach kontroli gospodarki finansowej SP ZOZ*, „Finanse Komunalne”, nr 9/2009, Warszawa.
- Uchwała Nr LIX/511/18 Rady Gminy Ozorków z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za okres od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r. i pokrycia straty bilansowej Gminnego Zespołu Ośrodków Zdrowia Gminy Ozorków.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.).
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. Nr 8, poz. 483 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 ze zm.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. Z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.).

Beata Pesta¹

Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy

Analiza kosztów i problematyka zarządzania kosztami na tle finansowania ryczałtowego w ZOZ w Brodnicy

Cost Analysis and Cost Management Issues Against the BackGround of Lump Sum Financing in ZOZ in Brodnica

Abstract: The aim of this elaboration is to present the problem of cost management in comparison with the new financing of hospitals, the so-called lump sum. The principles and factors influencing the value of the lump sum received by hospitals as well as the role of other sources of income (including separately financed services) will be presented. The following article also indicates the role and possibilities of using cost information for hospital management.

The total analysis was based on the financial data of the hospital for the period from I to IV 2017 year and from I to IV 2018 of the activity, taking into account the legal acts in force.

Key words: costs, management, analysis, financing, hospital.

Wstęp

Zmiany zachodzące w służbie zdrowia w ostatnich latach, w szczególności te, które dotyczą systemu finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenia odpowiedzialności kierownictwa podmiotów leczniczych, za osiągnięte wyniki postawiły przed zarządzającymi placówkami służby zdrowia nowe wyzwania. Szpitale coraz częściej traktowane są jak przedsiębiorstwa, nie uwzględniając przy tym specyfiki rynku usług zdrowotnych.

¹ ksiegowosc@zozbrodnica.pl; Główna Księgowa.

W Polsce finansowanie ochrony zdrowia ma charakter ubezpieczeniowo-budżetowy i finansowany jest głównie ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego. Ich suma jest uzależniona od procentowej wysokości składki, podstawy wymiaru naliczenia oraz liczby ubezpieczonych opłacających składkę.

Kluczowym dla polskiego systemu finansowania podmiotów leczniczych jest system kontraktowania świadczeń medycznych. Proces zawierania przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Kontraktowanie świadczeń zostało uregulowane w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zawarcie umowy pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcą odbywało się w drodze konkursu ofert lub rokowań. Brak umów zawartych na dłuższe okresy prowadziło do destabilizacji systemu, zwiększało niepewność stron kontraktu oraz generowało koszty przeprowadzania kolejnych uzupełniających konkursów. Świadczeniodawcy nie czują się równoprawnymi partnerami, traktując NFZ jako instytucję monopolistyczną, narzucającą im warunki umów. Warunki zawierania kontraktów nie są stabilne i zmieniały się co roku. Analiza SWOT wykazała, że obecny model kontraktowania świadczeń wymaga korekty. Wydaje się, że najlepszą strategią do jej przeprowadzenia będzie podjęcie działań zmierzających do ograniczania zagrożeń oraz wzmocnienia mocnych stron obecnego modelu kontraktowania. Tak więc dyskusja o możliwych kierunkach zmian w systemie ochrony zdrowia nabrała zdecydowanie większego znaczenia i zaangażowała wiele zainteresowanych stron.

W konsekwencji przyjęto 23 marca 2017 roku zmianę ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającą system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), która oprócz ogólnego uporządkowania i ustrukturyzowania sektora szpitalnego ma przynieść realne korzyści w postaci:

- poprawy koordynacji i ciągłości nad pacjentem;
- bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami na opiekę zdrowotną;
- zwiększenia stabilności finansowej szpitali, a przez to poprawy warunków do inwestowania w ich rozwój;
- dostosowania struktury wewnętrznej podmiotów leczniczych do aktualnych potrzeb zdrowotnych.

Nowe warunki finansowania – zasady

W ramach szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) wyodrębnionych zostało 6 poziomów zabezpieczenia:

- 1) poziom szpitali I stopnia,
- 2) poziom szpitali II stopnia,
- 3) poziom szpitali III stopnia,
- 4) poziom szpitali onkologicznych i pulmonologicznych,
- 5) poziom szpitali pediatrycznych,
- 6) poziom szpitali ogólnopolskich.

Poziomy te są zdefiniowane poprzez wskazanie charakteryzujących je profili z zakresu leczenia szpitalnego (realizowanych w trybie hospitalizacji). Wyodrębnienie ww. poziomów odzwierciedla, w przypadku trzech pierwszych poziomów, gradację pod względem liczby realizowanych profili i stopnia ich specjalizacji. Dwa kolejne poziomy zostały wyodrębnione ze względu na specyfikę świadczeń, którym są one dedykowane. Natomiast wyodrębnienie poziomu ogólnopolskiego czyni zadość uznaniu szczególnej roli w systemie opieki zdrowotnej szpitali klinicznych oraz instytutów i niektórych innych szpitali tworzonych przez ministrów.

Podmioty zakwalifikowane do PSZ – w odniesieniu do zakresów i rodzajów świadczeń objętych taką kwalifikacją – mają zagwarantowaną możliwość zawarcia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, z pominięciem procedury konkursowej. Istotnym *novum*, jakie omawiana ustawa wniosła do systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, jest możliwość finansowania w ramach jednej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, finansowanej w formie ryczałtu obok świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego również świadczeń z zakresów:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (realizowanych w przychodniach przyszpitalnych),
- rehabilitacji leczniczej – w warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego,
- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Rozwiązanie to powinno istotnie poprawić koordynację, ciągłość i kompleksowość opieki zdrowotnej nad pacjentem. Można również oczekiwać, że w niektórych przypadkach przyczyni się ono do skrócenia czasu oczekiwania do poradni specjalistycznych oraz do leczenia szpitalnego, w związku z tym, że ryczałtowa forma finansowania świadczeń pozwoli świadczeniodawcom na bardziej elastyczne dostosowanie ich do struktury organizacyjnej i prowadzonej działalności do rzeczywistych potrzeb swoich pacjentów.

Istniejący obecnie model kontraktowania świadczeń promuje bowiem zachowanie polegające na dostosowaniu wewnętrznej struktury organizacyjnej szpitali przede wszystkim w oparciu o produkty rozliczeniowe płatnika, co niewątpliwie nie sprzyja podnoszeniu jakości opieki nad pacjentem.

Rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach PSZ odbywa się w dwóch formach: w formie płatności za wykonane usługi (obejmujących ok. 1/3 wartości świadczeń) oraz w formie ryczałtowej (obejmującej ok. 2/3 wartości świadczeń).

Wysokość ryczałtu na następny rok/okres rozliczeniowy zależy od zakresu świadczeń wykonanych i sprawozdawanych w okresie poprzedzającym. Okres rozliczeniowy nie może być dłuższy niż rok.

Zgodnie z ustawą, o kwocie ryczałtu decydować będą:

1. Wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu, określona w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej danego oddziału wojewódzkiego NFZ oraz
2. Dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w formie ryczałtu, w zakresie:
 - a. liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b. cen udzielonych świadczeń,
 - c. paramentów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
3. Parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdawanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

W drodze rozporządzeń Ministra Zdrowia, określone zostały szczegółowe zasady ustalania ryczałtu – w tym odrębnie na pierwszy okres funkcjonowania PSZ. Oprócz finansowania ryczałtowego, o czym już wspomniano, wyodrębnione są środki na sfinansowanie niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których finansowanie w formie ryczałtu nie byłoby rozwiązaniem optymalnym. Wykaz takich świadczeń został określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia zawiera np. takie pozycje jak:

- diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- świadczenia związane z porodem,
- endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego,
- zabieg usunięcia zaćmy,

- chemioterapia,
- radioterapia,
- programy lekowe,
- świadczenia opieki koordynowanej.

Podstawowymi kryteriami kwalifikacji szpitali do PSZ określonymi w ustawie są:

- 1) posiadanie, w dniu kwalifikacji do PSZ, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującą przez co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji (czyli w trybie „ostрым”);
- 2) udzielanie świadczeń w ramach IP albo SOR na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (w odniesieniu do poziomów szpitali I – III stopnia i poziomu pediatrycznego);
- 3) udzielanie świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (w odniesieniu do szpitali stopnia I i III);
- 4) udzielanie świadczeń w ramach minimalnej liczby profili określonych dla danego poziomu PSZ.

PSZ stanowić ma dominującą formę zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w szpitalach w trybie ostрым. Jednak nie oznacza to całkowitego zastąpienia przez ten system obecnego modelu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej – na zasadzie konkursów ofert lub rokowań, który został również zachowany. Niezakwalifikowanie danego szpitala do PSZ nie oznacza, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dyrektor danego oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie w dalszym ciągu ogłaszał postępowanie konkursowe, uwzględniając zidentyfikowane potrzeby zdrowotne na danym obszarze, w oparciu o sporządzony plan zakupów świadczeń.

Wyzwania związane z wprowadzeniem sieci szpitali

Jednym z efektów nowelizacji przepisów w ochronie zdrowia jest wzrost presji finansowo-administracyjnej zarówno na szpitalach, jak i ich organach tworzących. Dodatkowo, szpitale razem z właścicielami muszą nauczyć się funkcjonowania w zupełnie nowym otoczeniu – tj. w ogólnopolskiej sieci szpitali.

Nowe warunki finansowania świadczenia szpitalnych determinują podejście do zarządzania szpitalem i zmieniają parametry mierzalne do monitorowania.

Tabela 1. Parametry mierzalne do monitorowania

FINANSOWANIE		
DO PAŹDZIERNIKA 2017 R.	OD PAŹDZIERNIKA DO GRUDNIA 2017 R.	OD STYCZNIA 2018 R.
- rozliczenie wg JGP - wartość punktowa świadczeń (cena za punkt x liczba punktów) - postępowanie konkursowe - górne granice zobowiązania NFZ (limit kontraktowy) - nadwykonania jako podstawa do rozszczeń	- ryczałt dla szpitali w sieci, z wyłączeniem świadczeń jak np.: - część świadczeń AOS (np.. TK, MRI, EKG płodu) - endoprotezoplastyka stawów - część świadczeń szpitalnych (np. poród, opieka nad noworodkami, brachyterapia, radioterapia) - nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia w SOR i IP - świadczenia rehabilitacji leczniczej (oddział) - świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych - szpitale poza siecią — finansowanie na dotychczasowych zasadach (konkursy)	- ryczałt skorygowany o współczynniki: - wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych - skrócenie czasu pobytu w szpitalu - wzrost przeciętnej wartości 1 hospitalizacji (dla III i ogólnopolskiego poziomu szpitali) - wzrost współczynnika ponownych hospitalizacji w czasie krótszym niż 30 dni - posiadanie ważnej akredytacji CMIOZ

PARAMETRY	• poziom wykonania kontraktu/nadwykonania • okres kontraktowy do 10 lat • sytuacja finansowa płatnika	• historyczna wartość świadczeń udzielanych przez świadczeniodawcę w 2015 r. • okres kontraktowy 4 lata	• historyczna wartość świadczeń udzielanych przez szpital w poprzednim okresie (t-1) • współczynniki korygujące wartość ryczałtu • okres kontraktowy 4 lata • potencjalna zmiana dynamiki korekty wartości ryczałtu (kwartalnie/półrocznie/rocznie)
LEGISLACJA	• Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych • Zarządzenie Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne (wdrażanie systemu JGP)	• Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych • 3 projekty rozporządzenia MZ: w sprawie określenia szczególnych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów PSZ; w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu PSZ na pierwszy okres rozliczeniowy, w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania	• Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych • Projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizowania umów w rodzaju: leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (?)

Źródło: opracowanie własne na podstawie prezentacji w-ce Ministra Zdrowia P. Gryzy.

Nowy sposób finansowania to ogromne wyzwanie dla zarządzających szpitalami, którzy muszą odnaleźć się w nowej sytuacji. Ustawa o sieci zmienia sposób zarządzania szpitalem choćby, dlatego że ubędzie tych oddziałów, na które podmioty lecznicze nie dostaną finansowania z budżetu. Z kolei wprowadzenie ryczału sprawia, iż dyrektorzy są zmuszeni na skoncentrowaniu się redukcji kosztów, tj. oszczędzaniu. Ważnym elementem jest również analiza wartości i optymalizacja wskaźników, symulacja wartości ryczału jest podstawą do zarządzania wielkością ryczału i przeciwdziałania powstaniu straty wymagającej reakcji organu tworzącego.

Symulacja wysokości ryczału

Według nowych zasad finansowania wysokość ryczału jest uzależniona od poziomu wykonania kontraktu w poprzednich okresach oraz od kryteriów jakościowych, które wymagają precyzyjnego monitorowania.

Tabela 2. Kryteria jakościowe

		TAK		NIE	
Q1	Wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych	+1%		0%	
Q2	Krótsza hospitalizacja	+1%		0%	-5% do +5% przychodu
Q3	Wzrost kompleksowości świadczeń	+2%		-1%	=
Q4	Wzrost wskaźnika rehospitalizacji	-2%		0%	-100% do +100% marży
Q5	Posiadanie akredytacji	+2%		0%	
(...)		+?%		-?%	
Razem od -5% do +5%					Pokrycie straty przez JST

Źródło: opracowanie własne.

Z uwagi na fakt, iż utworzenie PSZ stanowi niewątpliwą rewolucję w systemie ochrony zdrowia w Polsce, ustawodawca zdecydował się wprowadzić odrębny algorytm dla wyliczania kwoty ryczału na pierwszy okres rozlicze-

niowy w sieci, który został uregulowany w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz. U. 2017 r. poz. 1242).

Wzór potrzebny do wyliczenia kwoty pierwszego ryczałtu jest krótki i nieskomplikowany. Podstawowe zmienne to liczba świadczeń ustalana dla świadczeniodawcy na podstawie przepisów nowelizacji, a więc co do zasady liczba świadczeń udzielonych i sprawozdanych za 2015 rok, taryfa albo liczba jednostek rozliczeniowych, współczynnik korygujący oraz cena jednostki rozliczeniowej. Wszystkie z ww. elementów są potraktowane w funkcji czasu (z wykorzystaniem współczynnika proporcjonalności czasowej) oraz występują we wzorze dwukrotnie, odpowiednio dla świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodatkowo algorytm uwzględnia wartość korekty, na którą składają się różne okoliczności związane z działalnością świadczeniodawcy, jak na przykład przerwa w udzielaniu świadczeń czy zmiana zakresu działalności.

W sytuacji gdy szpital zrealizuje plan – czyli liczbę punktów określoną w ryczałcie – powyżej 98%, na pewno otrzyma 100% ryczałtowego planu na kolejny okres rozliczeniowy, przy pewnej korekcie zawartej we wzorze uwzględniającej zmianę taryf. Jeśli zachodzą sytuacje szczególne i dostęp do pewnych świadczeń musi być zwiększony lub zmniejszony (bo np. szpital zrezygnował z jakiegoś zakresu usług), jest we wzorze wskaźnik, który służy do skorygowania przez oddział NFZ tej pozycji w planie. Jeżeli szpital wykona mniej niż 98% planu, ryczałt na kolejny okres będzie równy procentowemu udziałowi wykonania tego planu. Jeśli np. lecznica zrealizuje 50% planu, otrzyma w kolejnym okresie rozliczeniowym 50% liczby punktów.

Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej podstawie i wyliczając wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia (ryczałt PSZ) na dany okres rozliczeniowy (okres planowania), powinny podać poszczególnym świadczeniodawcom (szpitalom) składowe elementy wyliczonego ryczałtu PSZ. Wartość ryczałtu PSZ dla danego świadczeniodawcy (szpitala) na dany okres rozliczeniowy (okres planowania) wyliczana jest wg następującego ogólnego wzoru.

$$R_{i+1} = J_{i+1} \times C_{i+1} \times Q$$

gdzie:

R – to jest wartość ryczałtu na dany okres rozliczeniowy (okres planowania) wyrażona w złotych,

J – to jest liczba punktów, którą ma wykonać świadczeniodawca w danym okresie rozliczeniowym (okresie planowania) – wyliczona na podstawie poprawnie sporządzonego sprawozdania za poprzedni okres rozliczeniowy.

C – to jest cena punktu na dany okres rozliczeniowy (okres planowania), cena wynosi jeden złoty

Q – to jest wskaźnik (mnożnik), który zwiększa lub zmniejsza kwotę ryczałtu natomiast nie wpływa na liczbę punktów do wykonania przez świadczeniodawcę w okresie planowania.

i+1 – index dolny – oznacza, że wartości wyliczane są na okres planowania na podstawie poprzedniego okresu obliczeniowego.

Aby szpitale mogły normalnie wykonywać swoje warunki kontraktowe, powinny zostać poinformowane przez Oddziały NFZ zarówno o kwocie wyliczonego ryczałtu PSZ jak i o liczbie punktów do wykonania w okresie planowania (okresie rozliczeniowym), czyli obecnie na okres styczeń – czerwiec 2018 r. Dotyczy to zarówno okresu rozliczeniowego styczeń – czerwiec 2018 r. jak i następnych.

Wyliczona przez Oddziały NFZ kwota ryczałtu PSZ nie jest taka sama jak liczba punktów do wykonania (pamiętając, że cena punktu wynosi jeden złoty), chociaż może być taka sama jeśli wskaźnik jakościowy dla szpitala w danym okresie rozliczeniowym wynosi **1**, czyli szpital nie miał wskaźników korygujących jakościowych zarówno dodatnich jak i ujemnych albo suma tych wskaźników wyniosła **0**. Oddziały NFZ poinformowały pod koniec kwietnia br. (to jest ok. jeden miesiąc po podaniu informacji o wysokości wyliczonych ryczałtów PSZ na okres styczeń–czerwiec 2018 r.) o kwotach wynikających z zastosowania współczynnika jakościowego, a poprzez to wyliczenie – o liczbie punktów do wykonania przez szpital w okresie rozliczeniowym styczeń – czerwiec br.

Z danych jakie Fundusz opublikował za koniec 2017 r., czyli za pierwsze miesiące funkcjonowania szpitali w ramach sieci wynika, że 24 placówki z 590, które funkcjonują w sieci, wykonało ryczałt na poziomie poniżej 90 proc. Oznacza to, że wykonały mniej świadczeń, niż pierwotnie planowano i dostały mniej pieniędzy na 2018 rok. Zaś większość szpitali, bo aż 456, zrealizowało ryczałt na poziomie powyżej 100 proc.

ZOZ w Brodnicy a ryczałt

W związku z wejściem w życie (od dnia 1 października 2017 roku) ustawy o tzw. „sieci szpitali”, zmieniającej model finansowania służby zdrowia, KPON-FZ zaproponował ZOZ SPZOZ w Brodnicy kontrakt na okres od 01.01.2017 do 30.09.2017 roku w oparciu o aneksowanie dotychczasowych wartości umów. Natomiast poziom IV kwartału 2017 roku został ustalony zgodnie z ustawą w oparciu o wykonania z 2015 roku. ZOZ w Brodnicy otrzymał na IV kwartał 2017 roku ryczałt nieznacznie niższy od dotychczasowych wpływy z kontraktów.

Jednak po renegocjacjach z NFZ i MZ, w których nakreślono obraz rozwoju szpitala będącego w trakcie zakończenia inwestycji rozbudowy i modernizacji budynków udało się wynegocjować ryczałt na poziomie wykonania z 2016 roku. W IV kwartale 2017 roku szpital otrzymał dodatkowe zwiększenia kontraktu w zakresie wykonywania operacji endoprotezy stawu biodrowego i kolannowego oraz tomografu komputerowego co przyczyniło się do zmniejszenia kolejek pacjentów. Bardzo trudno w tej chwili jednoznacznie ocenić wpływ przyznanego ryczałtu na finansową przyszłość naszego szpitala.

Analiza kosztów i przychodów na tle finansowania ryczałtowego na przykładzie szpitala powiatowego w Brodnicy

Do przeprowadzenia analizy zastosowano dane finansowe i statystyczne dotyczące uzyskanych przychodów i poniesionych kosztów na oddziałach szpitalnych w okresie od I–IV/2017 oraz od I–IV/2018 gdyż są to okresy te są w zasadzie porównywalne. Następnie przeanalizowano osiągnięte wyniki finansowe szpitala na przełomie wskazanych okresów badawczych i wyciągnięto stosowne wnioski.

Tabela 3. Parametry I–IV 2017

Parametry I–IV 2017	Oddział wewnętrzny	Oddział urazowo-ortopedyczny	Oddział chirurgiczny	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział anestezyjologii i intensywnej terapii	Oddział pediatriczny	Oddział neonatologii
1	2	3	4	5	6	7	8
Leczeni	586	394	387	699	16	449	299
Osobodzeń	2 985	1 373	1 516	1 831	455	1 491	814
Liczba łóżek	37	19	21	29	5	23	17

Tab. 3. Cd.

1	2	3	4	5	6	7	8
Przychody ogółem	1 473 593,88	1 216 379,28	907 977,60	862 821,08	601 410,96	763 868,44	462 812,00
Koszty ogółem	1 617 096,20	1 410 628,67	1 263 868,49	1 282 922,61	1 445 044,58	690 739,53	558 174,62
Koszt na pacjenta	2 760	3 580	3 266	1 835	90 315	1 538	1 867
Koszt na łóżko	43 705	74 244	60 184	44 239	289 009	30 032	32 834
Koszt na osobodzień	542	1 027	834	701	3 176	463	686
Przychód na pacjenta	2 515	3 087	2 346	1 234	37 588	1 701	1 548

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ w Brodnicy.

Tabela 4. Parametry I –IV 2018

Parametry I–IV 2018	Oddział wewnętrzny	Oddział urazowo-ortopedyczny	Oddział chirurgiczny	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział anestezyjologii i intensywnej terapii	Oddział pediatryczny	Oddział neonatologii
1	2	3	4	5	6	7	8
Leczeni	593	413	326	728	29	597	317
Osobodzień	3 214	1 425	1 324	1 912	498	1 712	814
Liczba łóżek	37	19	21	29	5	23	17
Przychody ogółem	1 566 474,96	1 477 400,89	720 092,63	1 004 677,52	898 254,90	999 290,88	539 981,60
Koszty ogółem	1 547 139,85	1 316 966,89	1 085 931,95	1 274 869,84	1 427 293,53	731 685,25	508 037,07
Koszt na pacjenta	2 609	3 189	3 331	1 751	49 217	1 226	1 603
Koszt na łóżko	41 815	69 314	51 711	43 961	285 459	31 812	29 885
Koszt na osobodzień	481	924	820	667	2 866	427	624
Przychód na pacjenta	2 642	3 577	2 209	1 380	30 974	1 674	1 703

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ w Brodnicy.

Tabela 5. Przychody w okresie I-IV/2017 i 2018

Nazwa komórki	Przychody ogółem I–IV 2017	Przychody ogółem I–IV 2018
Oddział wewnętrzny	1 473 593,88	1 566 474,96
Oddział urazowo-ortopedyczny	1 216 379,28	1 477 400,89
Oddział chirurgiczny	907 977,60	720 092,63
Oddział położniczo-ginekologiczny	862 821,08	1 004 677,52
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	601 410,96	898 254,90
Oddział pediatryczny	763 868,44	999 290,88
Oddział neonatologii	462 812,00	539 981,60
Ogółem:	Ogółem: 6 288 863,24 + nadwykonania <u>905 000,00</u> <u>7 193 863,24</u>	<u>7 206 173,38</u>

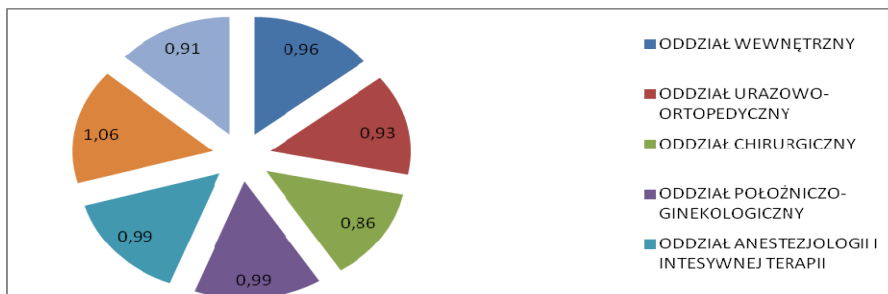
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ Brodnicy.

Tabela 6. Przychody w okresie I–IV/2017 i 2018

Nazwa komórki	Koszty ogółem	Koszty ogółem
Okres	I–V 2017	I–IV 2018
Oddział wewnętrzny	1 617 096,20	1 547 139,85
Oddział urazowo-ortopedyczny	1 410 628,67	1 316 966,89
Oddział chirurgiczny	1 263 868,49	1 085 931,95
Oddział położniczo-ginekologiczny	1 282 922,61	1 274 869,84
Oddział Anestezjologii i Intesywnej Terapii	1 445 044,58	1 427 293,53
Oddział Pediatryczny	690 739,53	731 685,25
Oddział Neonatologii	558 174,62	508 037,07
Ogółem:	8 268 474,70	7 891 924,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ Brodnicy.

Analiza powyższych danych wskazuje na dwie tendencje. Pierwszą z nich jest wzrost wartości przychodów w okresie I–IV/2018. Drugą natomiast wyraźny spadek kosztów w badanym okresie.

Tabela 7. Zmiany i dynamika kosztów w okresie I–IV 2017/2018

Oddział wewnętrzny	0,96
Oddział urazowo-ortopedyczny	0,93
Oddział chirurgiczny	0,86
Oddział położniczo-ginekologiczny	0,99
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	0,99
Oddział pediatriczny	1,06
Oddział neonatologii	0,91

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ Brodnicy.

Tabela 7. Analiza rentowności oferowanych usług

Nazwa komórki	Parametr	I–IV 2017	I–IV 2018
Oddział wewnętrzny	przychody	1 473 593,88	1 566 474,96
	koszty bezpośrednie	1 055 572,99	1 114 622,86
	wynik po kb	418 020,89	451 852,10
	koszty pośrednie	411 523,21	432 516,99
	wynik po kp	6 497,68	19 335,11
Oddział urazowo-ortopedyczny	przychody	1 216 379,28	1 477 400,89
	koszty bezpośrednie	594 815,14	647 655,15
	wynik po kb	621 564,14	829 745,74
	koszty pośrednie	615 813,53	669 311,74
	wynik po kp	5 750,61	160 434,00
Oddział chirurgiczny	przychody	907 977,60	920 092,63
	koszty bezpośrednie	578 177,70	709 360,84
	wynik po kb	329 799,90	210 731,79
	koszty pośrednie	390 690,79	176 571,11
	wynik po kp	-60 890,89	34 160,68
Oddział położniczo-ginekologiczny	przychody	862 821,08	1 004 677,52
	koszty bezpośrednie	674 767,26	769 492,20
	wynik po kb	188 053,82	235 185,32
	koszty pośrednie	208 155,35	205 377,64
	wynik po kp	-20 101,53	29 807,68

Tab. 7. Cd.

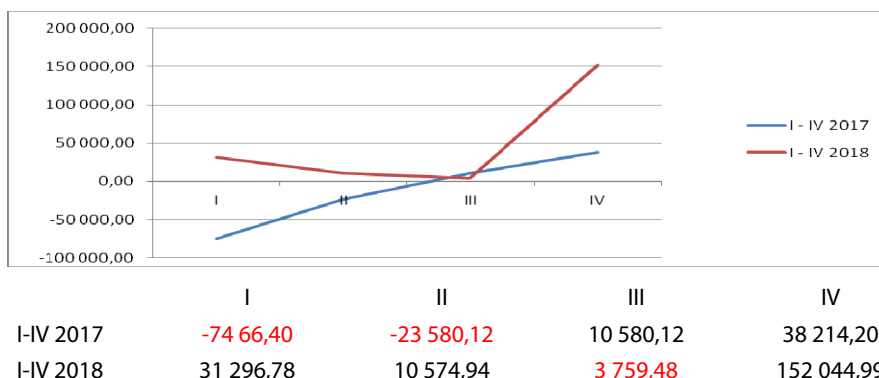
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	przychody	601 410,96	898 254,90
	koszty bezpośrednie	1 205 581,77	1 246 826,34
	wynik po kb	-604 170,81	-348 571,44
	koszty pośrednie	239 462,81	180 467,19
	wynik po kp	-843 633,62	-529 038,63
Oddział pediatryczny	przychody	763 868,44	999 290,88
	koszty bezpośrednie	494 492,81	566 349,61
	wynik po kb	269 375,63	432 941,27
	koszty pośrednie	196 246,72	165 335,64
	wynik po kp	73 128,91	267 605,63
Oddział neonatologii	przychody	462 812,00	539 981,60
	koszty bezpośrednie	431 696,86	405 763,85
	wynik po kb	31 115,14	134 217,75
	koszty pośrednie	26 477,76	102 273,22
	wynik po kp	4 637,78	31 944,53

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ w Brodnicy.

Analiza wyniku finansowego w okresie I–IV/2017 i 2018

Zaprezentowane dane finansowe dotyczące uzyskanych przychodów i poniesionych kosztów na oddziałach szpitalnych w okresie od I–IV/2017 oraz od I–IV/2018 wskazują, iż okresy te są w zasadzie porównywalne. Niewielki wzrost przychodów przy jednoczesnym spadku kosztów przyczynił się do uzyskania w okresie I–IV/2018 dodatnich wyników finansowych.

Wykres 1. Zmiana wyniku finansowego

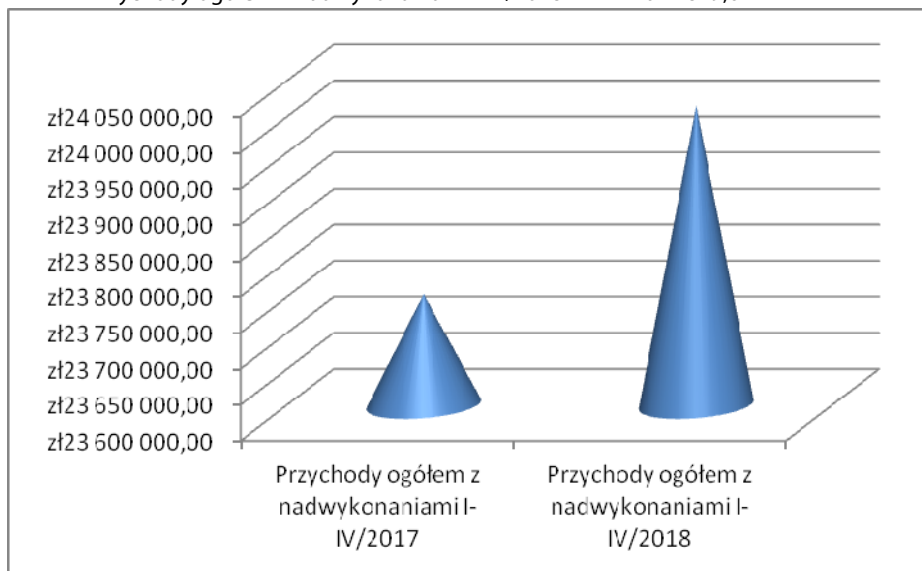


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ w Brodnicy.

Wykres 2. Analogia przychodów w okresie I-IV/2017 i 2018

Przychody ogółem z nadwykonaniami I-IV/2017 23 753 712,98 zł

Przychody ogółem z nadwykonaniami I-IV/2018 24 014 879,64 zł



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZOZ w Brodnicy.

Wnioski dotyczące analizy rentowności oferowanych usług są następujące:

1. Z uwagi na fakt, iż szpital jest w trakcie wdrażania rachunku kosztów opartego na wycenie i pomiarze rzeczywistych kosztów i przychodów poszczególnych procedur medycznych, analizę przeprowadzono w oparciu o zbiorcze wyniki finansowe poszczególnych ośrodków zadaniowych z uwzględnieniem poniesionych kosztów bezpośrednich i pośrednich.
2. Oprócz OAiIT w pozostałych oddziałach uzyskiwane przychody (tylko z NFZ) ze sprzedaży pokrywają koszty bezpośrednie, co należy uznać za zjawisko pozytywne.
3. Jednakże po uwzględnieniu kosztów pośrednich niektóre oddziały wykazują ujemne wyniki finansowe.
4. Nadwyżka ponoszonych kosztów niwelowana jest przez pozostałe przychody medyczne, niemedyczne i operacyjne, dzięki czemu szpital rok 2017 zamknął wynikiem dodatnim.

Dylematy zarządzanie kosztami w służbie zdrowia

Wiele szpitali jest w złej kondycji finansowej, generuje straty, ma problemy z regulowaniem zobowiązań. Niepokojący jest fakt, że od roku 2011 zadłużenie szpitali publicznych wzrosło średnio o 11% – pierwszy raz od 7 lat. W niektórych województwach nastąpił skok zadłużenia nawet o 30–40%. Opisana sytuacja rodzi potrzebę zwrócenia większej uwagi na właściwe, efektywne zarządzanie szpitalami, które może przyczynić się do ich poprawy sytuacji finansowej oraz podnieść efektywność i rentowność.

Podmioty lecznicze, a w szczególności szpitale, funkcjonują w trudnych warunkach mikro i makroekonomicznych. Wyznaczają je z jednej strony konkurencja na usługi zdrowotne, częste zmiany zasad kontraktowania świadczeń medycznych, rosnące koszty działalności, z drugiej zaś starzejące się, ale i bardziej świadome swoich potrzeb zdrowotnych społeczeństwo. Szpitale zgodnie z zapisami ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U Nr 112, poz. 654), co prawda mogą być traktowane jako przedsiębiorstwa jednak znacząco charakteryzuje je zestaw cech, które różnią je od innych podmiotów funkcjonujących na rynku. Szczególnie należy podkreślić konieczność jednoczesnego osiągania następujących celów: medycznych, społecznych i ekonomicznych, które powiązane ze sobą są zadaniem niezwykle trudnym i wymagającym dla osób zarządzających szpitalami.

Minimalizacja kosztów i zadłużenia, a jednocześnie zapewnienie dostępności i wysokiej jakości świadczonych usług zdrowotnych, wymagają wykorzystania różnych narzędzi zarządzania finansami. Dlatego w szpitalach coraz częściej tworzone są odrębne komórki zajmujące się controllingiem, których zadaniem jest dostarczanie informacji niezbędnych do podejmowania decyzji zarządczych. Ponadto wykorzystywane są różnorodne metody i narzędzia zarządzania, tj. rachunkowość zarządcza, budżetowanie, analiza finansowa. Ze względu na zróżnicowanie potrzeb odbiorców informacji i podejmowanych przez nich decyzji, można w rachunkowości wyodrębnić dwa podsystemy: rachunkowość finansową i rachunkowość zarządczą. Rachunkowość zarządcza jest ukierunkowana na dostarczanie informacji użytkownikom wewnętrznym na potrzeby podejmowania decyzji zarządczych. Obejmuje następujący zakres: metody podziału kosztów na stałe i zmienne, podejmowanie decyzji inwestycyjnych, nowoczesne modele rachunku kosztów, np. rachunek kosztów działań (ABC), rachunek kosztów docelowych, strategiczna karta wyników. Wymienione elementy mogą być skutecznie wykorzystywane do poprawy efektywności zarządzania finansami szpitala. Skutecznym i użytecznym

narzędziem zarządzania szpitalami jest również controlling. Dzięki wdrożeniu controllingu można dokonać podziału odpowiedzialności za sytuację finansową między zarząd i kierowników ośrodków odpowiedzialności.

Dylematem z jakim musi się zmierzyć szpital pozostaje w dalszym ciągu niekorzystna dla jednostki polityka finansowa NFZ, która nie uwzględnia bieżącej sytuacji gospodarczej i nie pokrywa w pełnej wysokości kosztów wykonanych świadczeń medycznych, nie zawiera umów na realizację nowych świadczeń jak również drastyczny wzrost kosztów zużycia energii, ciepła, żywienia i utylizacji. Istotnym problem jest także niedostateczna wycena procedur medycznych, niskie limity kontraktów czy trudności z wypłatą nadwykonań oraz wysokie koszty funkcjonowania szpitala. Niezbędnym jest fakt, że niezależnie od bieżącej sytuacji finansowej, szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Nie ma też możliwości negocjacji ceny z Narodowym Funduszem Zdrowia – jest ona ustalona z góry.

Pomimo niepokojącej sytuacji w obszarze służby zdrowia ZOZ w Brodnicy będzie dokładać wszelkich starań, aby świadczone usługi medyczne były na jak najwyższym poziomie. Na zakończenie należy jeszcze raz zwrócić uwagę na dokonujący się systematyczny, w miarę posiadanych aktualnie możliwości, rozwój szpitala. Zapewnia on systematyczne uzyskiwanie zwiększonych przychodów, ale przede wszystkim tworzenie coraz szerszej oferty świadczeń medycznych.

Zakończenie

Przedstawiona nowa formy finansowania tzw. ryczałt ma wady i zalety. Poprzednia natomiast to tak naprawdę stała niewiadoma, wysokość nadwykonań uzależniona była od możliwości finansowych NFZ. Obecna zaś jest bardziej przewidywalna choć wymaga ścisłego monitorowania wykonywanych świadczeń. Jest jeszcze za wcześnie by oceniać skutki tego systemu, jednak z pewnością sprawi on, że szpitale będą musiały zaadaptować się do nowej rzeczywistości. Dla części może to oznaczać uelastycznienie budżetów, dla innych z kolei potrzebę dostosowania profilu działalności do nowych warunków.

Zarządzanie kosztami to jeden z najtrudniejszych, a zarazem najważniejszych problemów w ochronie zdrowia. Optymalizacja kosztów działalności w szpitalu jest istotnym elementem właściwego zarządzania. Zbyt mała ilość danych oraz brak informacji o kosztach nie pozwala na wysunięcie daleko idących wniosków. Pewne jest, że efektywność placówki medycznej wymaga

racjonalnego administrowania finansami. Bez znajomości kosztów i ich planowania nie ma, bowiem, świadomego zarządzania.

Bibliografia

- Hass-Symotiuk M. (2010), *Rachunkowość. System informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Rój J., Sobiech J. (2006), *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Stępniewski J. (2008), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Swayne L., Duncan J., Ginter P. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, przeł. J. Klich, LEX, Warszawa.
- Świdarska G. (2015), *Controlling kosztów i rachunkowość zarządcza*, Difin, Warszawa.
- Wiercińska A. (2015), *Wykorzystywanie narzędzi zarządzania finansami przykładzie szpitali województwa pomorskiego*, Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 873.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2011 r., poz. 1735 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ryczałtu „sieciowego”).

Andrzej Jackiewicz¹

Społeczna Akademia Nauk

Wojciech Szrajber

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

im. M. Kopernika w Łodzi

Agnieszka Kociszewska

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

im. M. Kopernika w Łodzi

Dylematy zarządzania ryzykiem i finansowanie ryczałtowe SP ZOZ

Risk management dilemmas and flat rate financing of independent public health care institutions

Abstract: The authors discuss the essence of risk and problems related to risk management based on the example of a hospital. They also present the results of empirical research regarding the financing system (so-called limit financing) and flat rate financing (since October 2017) and draw conclusions from the research in their impact on the finances of independent public health care institutions.

Key words: limit financing, flat rate financing, medical procedures, valuation of medical procedures, risk, types of risk.

Wprowadzenie

W artykule zostały omówione problemy ryzyka i zarządzanie ryzykiem oraz finansowania SP ZOZ ryczałtem, co ma istotne znaczenie w ocenie kondycji

¹ ajackiewicz@spoleczna.pl

finansowej, tych podmiotów leczniczych. Przedstawiono również analizę porównawczą dotychczasowego finansowania, zwanego „limitowym” i ryczałtowego od października 2017 r. Badania przeprowadzono na przykładzie Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

Teoretyczne aspekty zarządzania

W literaturze przedmiotu zarządzanie definiowane jest jako zestaw czynności obejmujący:

- planowanie i podejmowanie decyzji,
- organizowanie,
- kierowanie ludźmi,
- kontrolowanie,
- skierowane na zasady organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne [Griffin 2000, s. 61].

Wyraźnie podkreśla się rolę menedżera, a szczególnie podejmowania decyzji zarządczych w obrębie zasobów danej jednostki, przy czym Griffin wyraźnie podkreśla, że zarządzanie instytucjami ochrony zdrowia (kliniki, szpitale) należy uważać za „odrębne pole zarządzania” [Griffin 2000, s. 60]. Wynika to niewątpliwie z kilku przyczyn, do których należy zaliczyć:

- źródło finansowania (kontrakty z NFZ);
- specyfikacja umów (cywilnoprawne) na realizację kontraktów (wycena procedur, ilość procedur do wykonania, sposób zapłaty, kary umowne, kontrole NFZ);
- ryzyko specyficzne dla podmiotu leczniczego.

Podkreśla się wyraźnie, że spełnienie misji i realizacja wizji to przede wszystkim należyte zarządzanie zasobami w oparciu o odpowiednie informacje [Jaruga, Nowak, Szychta 2001, s. 582]. Autorzy stawiają tezę, że główne zadanie podejścia (sterowania) menedżerskiego to ocena jego skuteczności ukierunkowana na realizację celów kierownictwa, ale i co istotne – z zachowaniem racjonalności kosztów [Jaruga, Nowak, Szychta 2001, s. 583]. A zatem proces zarządzania należy rozpatrywać w kontekście optymalizacji kosztów, co jest istotnym elementem procesu zarządzania. Należy jednak podkreślić, że zarządzanie SP ZOZ, podobnie jak w innych organizacjach związane jest z ryzykiem, które należy zdefiniować, rozpoznać i efektywnie nim zarządzać.

W literaturze ryzyko jest różnie definiowane. Jedna z definicji określa ryzyko jako niepewność mierzalną, którą można oszacować z wykorzystaniem

aparatu statystycznego [Gołębiewski 2015, s. D2]. Ekonomista ten wyraźnie wyodrębnia istotę rozumienia ryzyka przez środowisko medyczne, ale co istotne, zarządzanie ryzykiem, zdefiniowanie obszarów ryzyka i zarządzanie ryzykiem jest dużym wyzwaniem w ochronie zdrowia.

Z kolei Iwona D. Czechowska stwierdza, że ryzyko jest kluczowym pojęciem dyskursu finansów i występuje w procesie podejmowania decyzji [Wypych 2012, s. 8]. Jednocześnie podkreśla, że ma ono charakter wielowymiarowy, w tym:

- łączy się ze skłonnością do podejmowania działań w warunkach zmienności;
- wymaga określenia jego pozytywnych lub negatywnych skutków;
- wpływa na wyniki finansowe;
- jest zmienne w czasie;
- ale wskazane jest podejście procesowe do zarządzania ryzykiem, co jednak wymaga wiedzy o rynku, jego uczestnikach [Wypych 2012, ss. 8–9].

Rozpatrując pierwszy kontekst ryzyka należy podkreślić aspekt praktyczny, który dotyczy decyzji zarządczych w warunkach zmienności ryzyka i co istotne jego wpływ na wyniki finansowe.

Istota ryzyka i zarządzanie ryzykiem

Biorąc pod uwagę dorobek literatury i doświadczenie zawodowe autorów niniejszego artykułu w obszarze SP ZOZ można wymienić następujące ryzyka:

- ryzyko finansowe;
- ryzyko błędów w zarządzaniu (lub też braku kompetencji);
- ryzyko prawne;
- ryzyko zadłużenia;
- ryzyko utraty płynności;
- ryzyko zdrowotne;
- ryzyko inflacji;
- ryzyko zarządzania zasobami ludzkimi.

Próba określenia ryzyka finansowego jest problemem złożonym, bowiem składa się przykładowo z:

- finansowania świadczeń poniżej kosztów, co prowadzi do utraty rentowności, zwiększenia straty, itp. o czym opisano w dalszej części artykułu;
- nie wykonania części świadczeń wynikających z umowy z NFZ i potrącenia kwot przez NFZ z należnego wynagrodzenia;
- kar umownych wynikających z kontraktu a dotyczących m.in. nienależytego wykonania umowy, itp.;

- odszkodowania za błędy medyczne dotyczące wielu procedur, a odnoszące się do jakości udzielanych świadczeń.

Odnosząc się do odszkodowań (a dotyczy to wielu szpitali) zasądzone wyrokiem w pierwszej lub drugiej instancji kwoty mogą być wypłacane:

- a) przez ubezpieczyciela – jeśli kwota odszkodowania mieści się w normie wynikającej z umowy SP ZOZ – ubezpieczyciel;
- b) gdy kolejne odszkodowanie przekracza normę kwoty z ubezpieczenia, wypłata następuje z własnych środków wraz z odsetkami.

Wypłaty odszkodowań są dość często znaczne, idące w setki tysięcy złotych, co oznacza wypływ środków z podmiotu leczniczego. W tym aspekcie zarządzanie ryzykiem to m.in.:

- wykonanie kontraktu z NFZ z zastosowaniem należytej staranności (wartość kontraktu i jego ilość powinni znać również kierownicy komórek, tj. ordynatorzy i zespół pracowników: lekarze, pielęgniarki);
- wdrożenie procedur jakościowych (ISO) w realizację świadczeń, jego monitorowanie i badania statystyczne;
- szkolenia, narady, odprawy prowadzone przez Dyрекcję podmiotu leczniczego;
- środki przewidziane prawem do zastosowania za błędy medyczne, włącznie ze zwolnieniem pracownika.

Problemy odpowiedzialności karnej za błędy medyczne przedstawił Paweł Sydor [Jackiewicz, Piotrowski, Sułkowski (red.) 2016, s. 147]. Odnosząc się do ryzyka prawnego pragniemy zasygnalizować dość istotny problem, który narzucono szpitalom w zakresie większej obsady kadry pielęgniarskiej na oddziałach szpitalnych co jest postulatem słusznym, ale braku pielęgniarek na rynku pracy powodują, że szpitalne nie są w stanie spełnić nowych standardów obsady pielęgniarskiej. W tej sytuacji dyrektorzy likwidują część łóżek w szpitalach, aby dostosować się do nowych wymogów i zapewnić dalsze finansowanie z NFZ.

Ryzyko błędów w zarządzaniu to typowe przykłady braku dyscypliny płac, rozwinięcia frontu inwestycyjnego w SP ZOZ (remonty, budowa obiektów, zakupy inwestycyjne) finansowane kredytem, później pożyczkami z instytucji pożyczkowych (opodatkowanie jak lichwa) i w efekcie zadłużenie, utrata płynności i proces restrukturyzacji, zwolnienie Dyrektora. W tym miejscu autorzy stawiają pytanie:

1. Gdzie był organ założycielski?
2. Czy prowadził analizy sytuacji finansowej SP ZOZ?
3. Jakie sprawozdania składał Dyrektor?
4. Gdzie była Rada Społeczno-Gospodarcza?

5. Czy biegli rewidenci budując sprawozdanie finansowe wskazali w opinii, że jednostka nie ma zdolności kontynuacji działania?

A zatem zarządzanie ryzykiem w SP ZOZ to przede wszystkim dobór kadry o dużej wiedzy z rachunkowości, finansów, prawa medycyny, co w efekcie jest przesłanką umiejętności i kompetencji. Pragniemy zwrócić uwagę na fakt, że dużo trudniej jest wychodzić ze zobowiązań i prowadzić restrukturyzację niż zarządzać odpowiedzialnie. Zwykle jest tak, że duże zadłużenie powoduje utratę płynności, czyli zdolność jednostki do regulowania zobowiązań bieżących, krótkoterminowych [Jackiewicz, Szrajber, 2016, s. 13]. Zapłata po terminie to również przywilej wierzycieli, obciążenia dłużnika kwotą 40 euro, po przeliczeniu na PLN od nieterminowo opłacanych faktur, w tym od każdej z nich [Nagórek 2018, s. C6]. Nie wszyscy, ale wierzyciele SP ZOZ często korzystają z tego przepisu zawartego w ustawie o terminach zapłaty w transakcjach handlowych.

Wskazując ryzyko zdrowotne należy rozpatrywać ryzyko sanitarne, a w szczególności standardy sanitarne. Należy zauważyć, że brak procedur sanitarnych jest również efektem kłopotów finansowych wielu szpitali i po prostu nie stać ich na remonty, inwestycje sanitarne, zakupy materiałów sanitarnych.

Ryzyko inflacji to przede wszystkim wzrost kosztów, co przedstawia przykład 1.

Przykład 1 (przetarg na sprzątnie)

Kwota z budżetu w przetargu – 100 000 zł. Nie zgłasza się nikt. Kolejny przetarg, oferty na 130 000 zł. Szpital podpisuje umowy na sprzątnie, ale szef firmy sprzątajacej oświadcza, że wzrosły koszty osobowe, materiałów i nie może zejść z ceny do poziomu 100 000 zł. Kto ponosi koszty inflacji, wzrostu płac? – SP ZOZ.

Źródło: opracowanie własne.

Zarządzanie ryzykiem inflacji to odwołanie przetargu i brak zabezpieczenia szpitala, kto ma sprzątać gdy brakuje ludzi? Kontrakt jest podpisany. Co to oznacza w praktyce?. Budżet szpitala wynikający z kontraktu z NFZ, który nie będzie odzwierciedlał realiów gospodarczych SP ZOZ stawia Dyrektorów szpitali i organy założycielskie w trudnej sytuacji.

Odrębnego potraktowania wymaga ryzyko zarządzania zasobami ludzkimi, w dwojakim zakresie:

- niedoboru i kompetencji pracowników – trudno bowiem na rynku szukać specjalistów, lekarzy, pielęgniarek;
- żądań płacowych personelu medycznego, administracyjnego, zwolnień lekarskich.

Czy wobec tego spełniać żądania płacowe, których często brak w kontrakcie z NFZ, czy wybrać inną drogę, podwyżki i wzrost zobowiązań. Jak więc zarządzać ryzykiem? Oto jest pytanie zarządcze, prawne i karne. Zadłużenie szpitala i jego niewypłacalność mogą być bowiem potraktowane jako działania na szkodę podmiotu.

Jak wynika z rozważań dotyczących istoty ryzyka i zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia dostrzegamy zmienność wielu czynników, na które dyrekcja nie ma istotnego wpływu, przykładowo na wartość kontraktów i wycenę procedur medycznych, na oferty składane przez firmy usługowe w przetargach, które podwyższają ceny ofertowe z powodu rosnących kosztów osobowych, materiałów, leków, co w konsekwencji wpływa na założenia budżetowe szpitala, obciąża kosztami i generuje straty. Jest również obszar zarządzania jakością, ryzykiem procedur medycznych, ale wiąże się z doborem kadr, ich praktycznym szkoleniem, co jest zjawiskiem bardzo trudnym ze względu na braki pracowników medycznych i nie tylko. Tak więc postulaty zarządzania ryzykiem napotykają na wiele barier, na które dyrekcja szpitala dość często nie ma wpływu.

Finansowanie limitowe (do 10.2017) i ryczałtowe od 10.2017

Analiza porównawcza

Liczne postulaty dotyczące zachowania standardów świadczeń zdrowotnych są w pełni zasadne, ale czynnikiem rozstrzygającym jest finansowanie szpitali. Analizie poddano finansowanie limitowe i ryczałtowe w latach 2017/2018 (finansowanie kwartalne).

Jak wynika z poz. 1 tabeli, finansowanie ryczałtem w I kw. 2018 r. było korzystniejsze (31 790 901 zł) w stosunku do poprzedniego finansowania (29 790 901 zł), jednak dalsza analiza wskazuje odchylenia niekorzystne, na niekorzyść ryczałtu. Jednak w obu przypadkach wykonania (trudno odmówić przyjęcia pacjentów do szpitala ze względu na wykorzystany limit) były znacznie przekroczone. W tym przypadku fakturowanie ryczałtu było do kwoty limitu tj: 31 790 901 zł i pojawia się dylemat salda finansowania w obu przypadkach.

W przypadku poprzedniego finansowania, nadwykonania w kwocie 10 662 145 zł zostały zapłacone przez NFZ na koniec roku, w wyniku czego szpital nie generował straty na realizacji świadczeń, nie ograniczał przyjęć, chociaż nie był pewny czy nadwykonania zostaną zapłacone.

Tabela 1. Porównanie świadczeń, które weszły w skład „Ryczałtu” w okresie I kw. w latach 2017 i 2018 (w zł)

Stan na 31.03.2017 r. i 31.03.2018

(Finansowanie limitowe do X.2017 r.)

L.p.	Wyszczególnienie	I kw. 2017 Finansowanie limitowe do X.2017	I kw. 2018r. Ryczałt	2018r. – 2017r. Odchylenie
	2.	3.	4.	5. (4 – 3)
1.	Limit	29 789 219,99	31 790 901,00	2001 681,01
2.	Wykonanie	39 306 284,04	34 227 764,04	-5078 520,00
3.	Fakturowanie	28 644 138,73	31 790 901,00	3 146 762,27
4.	Niezapłacone	10 662 145,31*	2 436 863,04**	-8 225 282,27

* – Wszystkie świadczenia nadwykonane i niezapłacone za 2017r. zostały zapłacone na koniec roku.

** – Nadwykonania za 2018 r. i lata późniejsze, w zakresie Ryczałtu, zgodnie z przepisami ustawy nie zostaną zapłacone

Źródło: dane z systemu F-K.

Z analizy finansowania ryczałtowego wynika, że wykonanie ryczałtowe w I kw. 2018 r. wynosiło 34 227 764 zł i było wyższe od limitu ryczałtu, ale mniejsze niż w przypadku finansowania poprzedniego, aż o 5 078 520 zł. Oznacza to, że szpital ogranicza świadczenia zdrowotne, ale jednocześnie staje w obliczu ryzyka finansowania i ponoszenia straty na ryczałcie, bowiem niezapłacone świadczenia ryczałtowe – zgodnie z ustawą – nie zostaną zapłacone. W konsekwencji pojawia się nadwyżka kosztów nad przychodami co prowadzi do ujemnej rentowności, wzrostu zobowiązań wymagalnych i pogorszenia płynności. Powstaje więc pytanie: jakie nowe wyzwania zarządcze stoją przed dyrektorami?

Prognoza fakturowania obu systemów finansowania (limitowanego do 2017 r. i ryczałtowanego od X.2017) wyraźnie wskazuje niekorzystny trend, bowiem fakturowanie limitowe w I kw. 2017 było do NFZ na kwotę wykonania t.j: 39 306 284 zł (limit plus nadwykonania), natomiast w ryczałcie fakturowanie do limitu ryczałtu 31 790 90 zł generuje stratę w wysokości 2 436 863,04 zł (wykonanie ryczałt 34 227 764,04 zł – fakturowanie ryczałtu do limitu 31 790 901 zł).

Z powyższego wynika jednoznacznie, że nowy system finansowania ryczałtowego ogranicza podaż świadczeń zdrowotnych (szpitale ograniczają przyjęcia, aby nie przekroczyć limitu 110% ryczałtu) i jednocześnie generują straty, wiedząc, że za nadwykonania nie otrzymują zapłaty.

Tabela 2. Dane finansowe po zapłacie na koniec roku za świadczenia nadwykonane w 2017 r. oraz prognoza na 31.12.2017 r.

L.p.	Wyszczególnienie	I kw. 2017 r.	I kw. 2018 r.	Różnica 2018 r. – 2017 r.
1.	2.	3.	4.	5 [4 – 3]
1.	Limit	39 306 284,04	31 790 901,00	-7 515 383,04
2.	Wykonanie	39 306 284,04	34 227 764,04	-5 078 520,00
3.	Fakturowanie	39 306 284,04	31 790 901,00	-7 515 383,04
4.	Niezapłacone	0,00	2 436 863,04	2 436 863,04

Źródło: dane z systemu F-K.

Taki stan finansowania wpływa negatywnie min. na kondycję szpitali powiatowych, z których 297 należy do sieci (z ogólnej liczby 589 lecznic). Wartość zobowiązań tych lecznic od X. 2017 do 31.12.2018 r. zwiększyła się o 606 mln zł (z 4,7 mld zł do 5,3 mld zł) [Szczepańska 2019].

W celu pogłębionej analizy finansowej obu tych systemów finansowania autorzy poddali obróbce analitycznej wyceny wybranych procedur medycznych. Odpowiednie dane zawiera tabela 3.

Jak wynika z tabeli 3 wycena świadczeń w chirurgii naczyniowej i urazowej finansowanych ryczałtem w porównaniu do poprzedniego systemu przybiera wartości dodatnie (wycena wyższa), jak też ujemne, co oznacza niższe wyceny finansowane ryczałtem. Oznacza to, że obciążenie wartości punktowej procedur prowadzi do spadku rentowności i pogłębia deficyty szpitali. Należy zauważyć, że pomimo wzrostu kosztów wycena 1 zł/punkt pozostaje bez zmian przez okres 5 lat.

W zakresie wyceny procedur, instytucją dokonującą tej wyceny jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z rangi Ministra Zdrowia. Na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia obecnie wskazane przez tę Agencję jednostki służby zdrowia zobowiązane są do nieodpłatnego przekazania wszelkich danych kosztowych, na podstawie których dokonuje się wyceny procedur medycznych. Jest to bardzo pracochłonne i wymaga odpowiedniego zaangażowania służb finansowo-księgowych. Oznacza to również, że Agencja posiada niezbędną bieżącą wiedzę co do kosztów rzeczywistych SP ZOZ i kosztów procedur.

Tabela 3. Wyceny wybranych procedur

Nazwa świadczenia	Wytworzenie	Wycena	Odchylenie
CHIRURGIA NACZYNIOWA	I-IV. 2018 (Ryczałt)	2017 (poprzednio)	(w zł)
1. Choroby naczyń mózgowych (leczenie zachowawcze)	11 167,00	15.045,00	(-) 3 878,00
2. Zakrzepica żył głębokich	28.630,80	36.720,00	(-) 8.089,20
3. Choroby żołądka i dwunastnicy <60 roku życia	6002,00	7548,00	(-) 1 546,00
4. Duże zabiegi jamy brzusznej	51.910,00	42.840,00	(+) 9.070,00
5. Kompleksowe zabiegi jelita grubego	137.000,00	118.000,00	(+) 19.580,00
CHIRURGIA URAZOWA			
1. Zabiegi na nerwach obwodowych	1082,00	4888,00	(-) 3 806,00
2. Artroskopowa rekonstrukcja z użyciem implantów mocujących	52.756,00	61.880,00	(-) 9.122,00
3. Artroskopia diagnostyczna	11.919,00	12.604,00	(-) 145,00
4. Endoprotezoplastyka łokcia, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego	212.942,40	107.694,40	(+)107.694,40
5. Złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej	257.069,00	141.856,00	(+)115.213,00

Źródło: dane z systemu F-K.

Wnioski

1. Finansowanie ryczałtowe na tle rosnących kosztów działalności operacyjnej (wynagrodzenia i narzuty, materiały, usługi obce, w tym outsourcing) powoduje spadek rentowności jednostek, generowanie straty bilansowej i wzrost zadłużenia oraz pogorszenie płynności finansowej.
2. Trudno przypisać Dyrektorowi SP ZOZ niegospodarność i nieefektywne zarządzanie w warunkach finansowania ryczałtem i wzrostu kosztów niezależnych od SP ZOZ.
3. Wycena procedur medycznych 1 zł/pkt jest niezmienna od 5 lat, przy dużym wzroście kosztów tego okresu. Można przyjąć taką wycenę nawet na

20 lat, ale zwiększyć ilość punktów w danej procedurze, przykładowo z 59 pkt (choroby naczyń mózgowych – leczenie zachowawcze) na 70 pkt lub podwyższyć wycenę punktu, np. 1,15 zł /pkt.

4. Samodzielność SP ZOZ po części budzi wątpliwości, bowiem podwyżki wynagrodzeń lekarzy rezydentów, pielęgniarek niejako „boczną drogą” w wyniku protestów i przeznaczania dodatkowych środków przez Ministra Zdrowia, pozostają poza decyzją Dyrektora SP ZOZ, a dość często obciążają kosztowo szpitale (brak w terminie przekazania środków, obciążenie służb finansowo-księgowych). Utrudnia to jednocześnie planowanie i kalkulację kosztów.
5. Wybiórcze stosowanie podwyżek dla niektórych grup sprawia, że pracownicy administracyjni (np. księgowi, od zamówień publicznych, sekretarki, oddziałowe) pracują na minimalnym wynagrodzeniu podobnie jak salowe. To działania powodujące braki etatowe, frustracje, brak motywacji do pracy.
6. Należałoby rozważyć przygotowanie tabel zaszeregowania pracowników (centralnie) lub zwiększyć zakres finansowania SP ZOZ, a dykcja w porozumieniu ze związkami zawodowymi uzgodni warianty podwyżek płac. To pozwoliłoby uniknąć strajków i konfliktów w służbie zdrowia.
7. Zarządzanie ryzykiem w obecnych uwarunkowaniach jest dużym wyzwaniem dla Dyrektorów i organów założycielskich.
8. Pojawiające się koncepcje przebudowy czy też dalszej reformy ochrony zdrowia powinny być oparte o realia finansowania SP ZOZ. Takie podejście może zapobiec dalszemu zadłużaniu podmiotów leczniczych i pogarszaniu jakości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.
9. Nieakceptowalne, okresowe ryzyko zwolnień lekarskich części personelu medycznego i administracyjnego powoduje zakłócenie realizacji kontraktów i odbywa się z zaskoczenia. Może to prowadzić do utraty części kontraktu.
10. Powyższe problemy wymagają dalszych badań naukowo-empirycznych w oparciu o rzetelne badania statystyczne.

Bibliografia

Buhler P. (2002), *Zarządzanie*, Helion, Gliwice.

Gołębiewski D. (2015), *Metody zarządzania i oceny ryzyka*, „Dziennik Gazeta Prawna”, nr 210 (4103) z 28.10.2015.

Griffin R. W. (2000), *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa.

- Jackiewicz A., Piotrowski G., Sułkowski Ł. (2016), *Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XVII, zeszyt 12, cz. 3, Warszawa.
- Jaruga A. A., Nowak W. A., Szycha A. (2001), *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, wyd. 2, Wyd. SWSPiZ, Łódź.
- Lisowska B. (2015), *Rząd ma pomysł jak zwiększyć liczbę pielęgniarek*, „Dziennik Gazeta Prawna”, nr 29 (3922) z 12.02.2015.
- Jackiewicz A., Szrajber W., (2016), *Problemy finansowania i zarządzania SP ZOZ w kontekście uwarunkowań prawnych i wyników finansowych – wyniki badań* [w:] A. Jackiewicz, G. Piotrowski, Ł. Sułkowski, (red.) *Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego*, Łódź -Warszawa.
- Nagórek M. (2008), *Rekompensata należy się od każdej faktury*, „Dziennik Gazeta Prawna”, nr 137 (4787) z 17.07.2018.
- Nowak S. (2008), *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa.
- Szczeptańska A. (2018), *Nie milkną echa porozumienia z pielęgniarkami*, „Dziennik Gazeta Prawna”, nr 137 (4787) z 17.07.2018.
- Ustawa z dnia 23.03.2017 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 26.04.2017 r., poz. 844.
- Ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dz. U. z 2017, poz. 1473.
- Vollmuth H., J. (1995), *Controlling. Analizy operacyjne. Analizy strategiczne*, Placet, Warszawa.
- Wypych M. (2012), *Finansowe aspekty zarządzania organizacjami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, Łódź.

Małgorzata Domańska¹

Spółeczna Akademia Nauk

Andrzej Jackiewicz²

Spółeczna Akademia Nauk

Kompetencje pracowników a ryzyko rozliczeń finansowych i podatkowych w SP ZOZ

Employee Competences and the Risk of Financial and Tax Settlements at Independent Public Health Care Centres (SP ZOZ)

Abstract: In the literature on the subject, as well as in journals and collected publications of the Independent Public Health Care Centres (SP ZOZ), the issues of their debt, expectations towards doctors, quality of services etc. are raised. These are important topics in social perception, but the authors want to draw attention to the problems of financial and tax settlements, legal aspects of many events, including public procurement law and contracting medical services. They indicate the knowledge, skills and competences of employees that affect the reliability of tax settlements and the quality of financial statements. The authors emphasize that qualified staff are an invaluable asset, which, through the use of appropriate instruments, can effectively contribute to improving the efficiency of operations. In addition, the article attempts to identify and assess the competences of financial and accounting and staff, who are expected to have extensive knowledge, skills to solve financial and tax problems, confidentiality, meticulousness in their work and loyalty to the company.

Key words: medical contracts, employee competences, risk of tax and financial settlements, management of health care, public procurement law in health care.

¹ m-domanska@wp.pl

² ajackiewicz@spoleczna.pl

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu, a także na łamach czasopism i zgromadzonych publikacji SP ZOZ podnosi się kwestie ich zadłużenia, oczekiwań do lekarzy, jakości wykonywanych świadczeń, itp. To istotne tematy w odbiorze społecznym, ale autorzy pragną zwrócić uwagę na problemy rozbieżności rozliczeń finansowych, podatkowych, aspekty prawne wielu zdarzeń, w tym prawa zamówień publicznych oraz kontraktowania świadczeń medycznych. Wskazują wiedzę, umiejętności oraz kompetencje pracowników, które rzutują na rzetelność rozliczeń podatkowych i jakość sprawozdań finansowych. Autorzy podkreślają, iż nieocenionym atutem są wykwalifikowane kadry, które poprzez zastosowanie odpowiednich instrumentów potrafią skutecznie przyczynić się do poprawy efektywności działań. Ponadto w artykule podjęto próbę identyfikacji oraz oceny kompetencji pracowników służb finansowo-księgowych i merytorycznych, od których oczekuje się szerokiej wiedzy, umiejętności rozwiązywania problemów finansowo-podatkowych, poufności, skrupulatności w działaniu i lojalności wobec firmy.

Aspekty finansowe i podatkowe SP ZOZ

Prezentowane treści są wynikiem badań i doświadczeń autorów w zakresie przedmiotowego problemu. Biorąc pod uwagę aspekt prawny rozliczeń i funkcjonowania SP ZOZ należy wykazać m.in. następujące zagadnienia badawcze o dużym wymiarze praktycznym, przykładowo:

- rozliczenia podatku VAT,
- sporządzanie planu finansowego,
- kalkulację kosztów,
- prawo zamówień publicznych,
- podatek dochodowy od osób prawnych i fizycznych
- znajomości zasad kontraktowania świadczeń.

Rozpatrując kwestię rozliczeń podatku VAT należy wskazać, że podmioty prawa medycznego (SP ZOZ) wykonują działalność zwolnioną przedmiotowo z art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o podatku od towarów i usług [Dz. U. z 2018 r. poz. 2174 ze zm.], jak też w części działalność opodatkowaną. Odpowiednie dylematy przedstawia przykład 1.

Przykład 1.

SP ZOZ w XI/2018 roku ogłosił postępowanie przetargowe na usługi opieki nad pacjentem (m.in. przewóz chorych na badania), a także na usługi sprzątanania. W postępowaniu ofertę złożyła tylko jedna firma, z którą należało podpisać umowę. Dylemat polegał na tym, że usługi sprzątanania opodatkowane są stawką 23%, pozostała usługa związana była z działalnością statutową (usługi medyczne są zwolnione z opodatkowania). Powstaje więc dylemat, jak ustalić proporcję i jaką część kontraktu dla podmiotu zewnętrznego przypisać do opodatkowania. W tym zakresie należy wyprowadzić odpowiednie wskaźniki dotyczące działalności opodatkowanej i zwolnionej na podstawie badań statystycznych, np. pomiaru ilości godzin i na tej podstawie przygotować projekt umowy pomiędzy SP ZOZ a firmą zewnętrzną (usługi sprzątanania, usługi pomocnicze do usług medycznych).

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z przykładu 1 kluczowym problemem jest poprawne rozpoznanie wielkości przedmiotu opodatkowania usług sprzątanania na podstawie określonej proporcji, rzetelne przygotowanie umowy przez SP ZOZ, która jest przedmiotem kontroli podatkowej. Pragniemy zauważyć, że nie ma jednolitych wzorców powyższych problemów w literaturze przedmiotu, ale rzetelne rozliczanie podatku VAT (lub nierzetelne) może wiązać się z sankcjami finansowymi. Jak bowiem wynika z ustawy o VAT ustalenie zobowiązania podatkowego przez firmę zewnętrzną (sprzątającą) będzie karane 30% sankcją. Dlatego też dział zamówień publicznych, a także dział prawny stoją przed wyzwaniem natury prawno-podatkowej rozliczania VAT (działalność opodatkowana).

Na szczególną uwagę zasługuje analiza kolejnego problemu badawczego, tj. obowiązek przygotowania przez SP ZOZ planu finansowego zgodnie z art. 53 ustawy o działalności leczniczej [Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.], będącego podstawą gospodarki finansowej [Grześkiewicz 2017, s. 33]. Obowiązek jego sporządzenia wynika także z ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 995 ze zm.), która reguluje zasady funkcjonowania jednostek sektora finansów publicznych. Opracowanie planu przez głównego księgowego i zatwierdzenie przez Dyrektora jednostki jest formą prognozy przychodów, kosztów i wyniku finansowego. W tym względzie – zdaniem autorów na uwagę zasługują dwa elementy:

- niepewność, co do kształtowania się wynagrodzeń, bowiem wprowadzona podwyżka wynagrodzeń będąca wynikiem strajków i wewnętrznych porozumień rezydentów, pielęgniarek powodują konieczność korekty tego planu;
- finansowanie ryczałtowe części świadczeń stabilne dla SP ZOZ jednak niekorzystne w sytuacji, gdy jednostka przekroczy znacząco ryczałt, wzrosną

koszty usług medycznych, a jednocześnie SP ZOZ może być pozbawiony części ryczału.

Z powyższych rozważań wynika, iż Dyrektor SP ZOZ przygotowując plan finansowy wkłada wiele wysiłku w jego urealnienie, ale czynniki obiektywne wskazują, że już na etapie planowania jest on nierealny. Ma to więc wpływ na prognozowanie sytuacji finansowej, konieczność zapewnienia środków na wydatki sztywne (wynagrodzenia, składki ZUS, zakup leków, itp.), a jednocześnie należałoby prowadzić działania zachowawcze, polegające na ścisłym wykonaniu ryczału z jednoczesnym organizowaniem nadwykonań, co jednak w sytuacji gdy jest wiele przypadków chorobowych, powikłań, zdarzeń losowych, które należałby świadczyć po przekroczeniu ryczału, a które będą generowały stratę. Regułą jest w zasadzie roczna korekta planu w grudniu każdego roku, a nawet w poszczególnych kwartałach czy miesiącach (tabela 1).

Tabela 1. Kształtowanie wielkości planu finansowego w 2018 r. na przykładzie GZOZ Gminy Ozorków

Wiersz	Wyszczególnienie	Plan na 2018 rok	Zmniejszenia	Zwiększenia	Plan po zmianach na 2018 rok
1	2	3	4	5	6
A.	Przychody (I+II+III+IV+V)	2 109 000,00	0,00	167 200,00	2 276 200,00
I.	Sprzedaż świadczeń zdrowotnych na rzecz ŁOW NFZ	1 984 000,00	0,00	155 200,00	2 139 200,00
1.	Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	1 420 000,00	0,00	60 000,00	1 480 000,00
2.	Świadczenia z zakresu dermatologii i wenerologii	8 100,00	0,00	6 100,00	14 200,00
3.	Świadczenia z zakresu neurologii	10 600,00	0,00	10 400,00	21 000,00
4.	Świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii	19 500,00	0,00	16 500,00	36 000,00
5.	Świadczenia z zakresu rehabilitacji–zabiegi	165 800,00	0,00	48 200,00	214 000,00
6.	Świadczenia z zakresu stomatologii	360 000,00	0,00	14 000,00	374 000,00
II.	Sprzedaż świadczeń zdrowotnych, instytucjom, przedsiębiorcom	20 000,00	0,00	0,00	20 000,00
III.	Sprzedaż świadczeń zdrowotnych osobom fizycznym	80 000,00	0,00	10 000,00	90 000,00
IV.	Przychody z refaktur za media	5 000,00	0,00	2 000,00	7 000,00
V.	Inne przychody operacyjne	20 000,00	0,00	0,00	20 000,00

Tab. 1. Cd.

1	2	3	4	5	6
B.	Koszty na działalności (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+IX)	2 109 000,00	32 700,00	199 900,00	2 276 200,00
<i>I.</i>	<i>Amortyzacja (poz. 1)</i>	<i>22 100,00</i>	<i>0,00</i>	<i>5 600,00</i>	<i>27 700,00</i>
1.	Amortyzacja	22 100,00	0,00	5 600,00	27 700,00
II.	Leki i środki opatrunkowe, jednorazowy sprzęt medyczny (suma poz. od 1 do 3)	17 000,00	6 500,00	0,00	10 500,00
1.	Leki	7 000,00	3 500,00	0,00	3 500,00
2.	Środki opatrunkowe	3 000,00	0,00	0,00	3 000,00
3.	Jednorazowy sprzęt medyczny	7 000,00	3 000,00	0,00	4 000,00
III.	Materiały (suma poz. od 1 do 7)	70 800,00	3 000,00	14 600,00	82 400,00
1.	Materiały stomatologiczne	5 000,00	0,00	3 500,00	8 500,00
2.	Wyposażenie stomatologiczne	8 000,00	500,00	0,00	7 500,00
4.	Materiały biurowe i druki	7 000,00	2 000,00	0,00	5 000,00
5.	Paliwo	3 000,00	500,00	0,00	2 500,00
6.	Środki czystości	7 800,00	0,00	1 100,00	8 900,00
7.	Pozostałe materiały	40 000,00	0,00	10 000,00	50 000,00
IV.	Energia (suma poz. od 1 do 3)	57 000,00	5 000,00	6 000,00	58 000,00
1.	Energia elektryczna	27 000,00	0,00	6 000,00	33 000,00
2.	Woda	2 000,00	0,00	0,00	2 000,00
3.	Energia ciepła	28 000,00	5 000,00	0,00	23 000,00
V.	Usługi obce (suma poz. od 1 do 8)	407 000,00	2 500,00	84 800,00	489 300,00
1.	Remont budynków i lokalu	1 000,00	0,00	0,00	1 000,00
2.	Konserwacja i naprawa sprzętu niemedycznego	2 000,00	1 500,00	0,00	500,00
3.	Konserwacja i naprawa sprzętu medycznego	6 000,00	0,00	0,00	6 000,00
4.	Opłaty telefoniczne, pocztowe	7 000,00	0,00	600,00	7 600,00
5.	Badania medyczne obce	108 000,00	0,00	3 000,00	111 000,00
6.	Usługi pralnicze	2 000,00	1 000,00	0,00	1 000,00
7.	Usługi lekarskie i kontrakty na pozostałe usługi medyczne	231 000,00	0,00	47 000,00	278 000,00
8.	Pozostałe usługi (serwis oprogramowania, utylizacja i inne)	50 000,00	0,00	34 200,00	84 200,00

Tab. 1. Cd.

1	2	3	4	5	6
VI.	Podatki i opłaty (suma poz. od 1 do 2)	11 100,00	0,00	500,00	11 600,00
1.	Podatki i opłaty	2 000,00	0,00	500,00	2 500,00
2.	Podatek od nieruchomości	9 100,00	0,00	0,00	9 100,00
VII.	Wynagrodzenia (suma poz. od 1 do 2)	1 283 000,00	0,00	87 000,00	1 370 000,00
1.	Płace osobowe	1 138 000,00	0,00	70 000,00	1 208 000,00
2.	Płace bezosobowe	145 000,00	0,00	17 000,00	162 000,00
VIII.	Świadczenia na rzecz pracowników (suma poz. od 1 do 4)	230 000,00	15 000,00	1 000,00	216 000,00
1.	Odzież ochronna i robocza	2 000,00	0,00	1 000,00	3 000,00
2.	Ubezpieczenia społeczne	199 000,00	5 000,00	0,00	194 000,00
3.	Fundusz Pracy	28 000,00	10 000,00	0,00	18 000,00
4.	Inne świadczenia na rzecz pracowników	1 000,00	0,00	0,00	1 000,00
IX.	Pozostałe koszty (suma poz. od 1 do 2)	11 000,00	700,00	0,00	10 300,00
1.	Podróże służbowe, ryczałty samochodowe	5 000,00	700,00	0,00	4 300,00
2.	Ubezpieczenia OC pracowników, budynków, samochodu służbowego	6 000,00	0,00	0,00	6 000,00
C.	Pozostałe koszty operacyjne	0,00	0,00	0,00	0,00
D.	Koszty finansowe	0,00	0,00	400,00	400,00

Źródło: opracowanie własne na przykładzie planu finansowego GZOZ Gminy Ozorków.

Pragniemy jednak podkreślić, że istota budżetowania to również analiza odchyień, ale stawiamy też pytanie, czym ma być budżetowanie w SP ZOZ? To poważny problem nie tyle naukowy, co praktyczny, wynikający z wielu uwarunkowań, na które SP ZOZ nie mają znaczącego wpływu.

W kontekście powyższych rozważań pojawiają się nowe dylematy rzetelnej kalkulacji kosztów, wyceny procedur medycznych, które były przedmiotem kontraktu. Uwzględniając inflację, która uderza w podmioty medyczne, to również niekontrolowany wzrost kosztów, które wynikają z różnych zdarzeń, chociażby przyznanych wynagrodzeń w wyniku protestów, strajków. Wszystko to sprawia, że kalkulacja kosztów i wycena procedur medycznych wymaga zdefiniowania problemu na nowo i na zmienionych zasadach finansowania. W praktyce oznacza to, że nierealne koszty w wycenie procedur prowadzą do

nierentownych wycen i uderzają w finanse SP ZOZ. A więc – zdaniem autorów – nie tylko stabilne finansowanie SP ZOZ jest kluczowym problemem, ale również okresowa korekta tego finansowania po urealnieniu kosztów [Jaruga, Nowak, Szychta 2001, s. 583]. Wyzwaniem w tym zakresie staje się rzetelne prowadzenie ewidencji i dokumentowanie podejmowanych czynności, w zakresie rozliczeń podatku VAT, rozliczeń dotyczących realizacji inwestycji oraz odliczeń podatku VAT naliczonego, podatku dochodowego od osób prawnych, od osób fizycznych w obliczu zmian przepisów podatkowych [Jacakiewicz 2015, s. 32], a także znajomość prawa zamówień publicznych i zasad kontraktowania.

Wybrane dylematy prawa zamówień publicznych

W zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego SP ZOZ obowiązuje stosowanie zapisów ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.). Ponadto w zakresie prowadzonej działalności ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców [Dz. U. z 2018 r. poz. 646 ze zm.]. Nadzór nad podmiotem leczniczym oraz nad postępowaniem SP ZOZ zgodnie z przepisami prawa sprawuje podmiot tworzący. Kontrola dotyczy działań w zakresie zgodności z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

W zakresie stosowania prawa zamówień publicznych podmioty lecznicze również borykają się z problemami w zakresie ich stosowania. Jednym z nich jest dobór właściwego reżimu prawnego – jedno z najczęściej występujących ryzyk w przedmiotowym zagadnieniu. Podmiot leczniczy dokonując zamówienia publicznego, którego wartość zbliżona jest do kwoty równowartości 30 000 euro stoi przed dylematem, czy zastosować pełną procedurę jak dla zamówień powyżej progu, czy dokonać zamówienia w oparciu art. 4 pkt 8 ustawy PZP, którego specyfika sprowadza się do ustawowego wyłączenia zastosowania względem nich ustawy Prawo zamówień publicznych, ze względu na ich wartość. Procedura wyłonienia wykonawcy w przypadku zastosowania tej procedury jest zdecydowanie szybsza, co pozytywnie może wpłynąć na koszty oraz realizację zamówienia bądź inwestycji, której wartość nie przekroczy wymaganego zapisami ustawy progu. W przypadku SP ZOZ szybkość zamówienia ma istotne znaczenie z punktu widzenia zdrowia oraz ratowania życia pacjenta.

SP ZOZ przeprowadzając procedury pomimo szacowania wartości zamówienia z należytą starannością często stoi przed dylematem jednolitego sta-

nowiska i orzecznictwa w wielu kwestiach. Źmudne procedury formalno-prawne, występujące np. na etapie przeprowadzania przetargu, zapotrzebowania na dane do realizacji zamówienia na usługi towarzyszące działalności medycznej, wystąpienia do szeregu instytucji, mogą negatywnie wpływać na realizację zamówienia. Zmieniające się przepisy prawne, powodujące korekty i zmiany w dokumentach i wytycznych, na podstawie których przygotowywane są zamówienia do realizacji, powodują poważne przeszkody w realizacji zamierzonych celów względem realizacji zamówienia [Domańska 2017, s. 48]. Biorąc pod uwagę powyższe często dochodzi do sporów i procesów sądowych między zamawiającym a wykonawcą, bądź instytucją kontrolującą.

Prawo zamówień publicznych to nie tylko domena procesów sądowych, ale również istotny przedmiot badań w działalności podmiotów leczniczych. Wynika to w dużej mierze z faktu niekompetencji pracowników, odnoszących się m.in. do zbyt ogólnej znajomości przepisów prawa PZP, braku odpowiedniej wykładni prawnej, a także istniejącej specyfiki związanej z wysoce specjalistycznym przedmiotem zamówień [Walczak 2009, s.39].

Rozstrzygnięcia Krajowej Izby Odwoławczej i liczba procesów sądowych w sprawach gospodarczych, powoduje że ryzyko tych kontraktów na bazie PZP znacząco wzrasta. Kluczowym problemem staje się więc pozyskiwanie pracowników do działu zamówień publicznych o wysokiej wiedzy i umiejętnościach.

Przykład 2.

W ogłoszonym zamówieniu na roboty budowlane wykonawca wykazał trzech podwykonawców, ale w praktyce w realizacji umowy było czterech podwykonawców, którzy jednak po wykonaniu zadań natychmiast zlikwidowali firmę, do czego organ podatkowy doszedł w późniejszej fazie analizy przedmiotu zamówienia.

Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem autorów to kierownik działu inwestycji wraz z pracownikami merytorycznymi powinien dokładnie rozpoznać ryzyko oferty przetargowej, kontrolować stan realizacji inwestycji, a także dokonać weryfikacji postanowień umowy pomiędzy zamawiającym, wykonawcą i podwykonawcami. Powstaje więc aktualny dylemat doboru pracowników o wysokim potencjale intelektualnym (wiedza, kompetencje), a także odpowiedniej postawy etycznej.

Rozliczanie osób prawnych w zakresie podatku dochodowego od osób prawnych [Dz. U. z 2018 r. poz. 1036 ze zm.] to poważne nowe wyzwania dla SP ZOZ, ale przede wszystkim dla głównych księgowych i pracowników działu

księgowości. Jak wynika bowiem z przepisów wprowadzonych w 2018 r. w sprawozdaniu CIT (zeznanie roczne), należy wykazać:

- przychody z zysków kapitałowych,
- przychody z innej działalności,
- statutowej,

a także wykazać dochody wolne i zwolnione.

W kontekście tych rozważań musiała nastąpić zmiana programu finansowo-księgowego, dokształcania służb finansowych i księgowych w materii podatkowej, co było nie lada wyzwaniem w sytuacji, gdy na rynku brak było odpowiednich publikacji w profilu praktycznym i medycznym. Ważną kwestią jest również próba dochodzenia roszczeń od świadczeń dla osób nieubezpieczonych, a które w nagłych przypadkach są przyjmowane na SOR. Oznacza to, że rzadkie przypadki zysków kapitałowych mogą dotyczyć wyłącznie sprzedaży wierzytelności lub dokonanie odpisu aktualizującego w aspekcie bilansowo-podatkowym. Jak zwykle na czoło wysuwają się kwestie wiedzy księgowo-podatkowej i doboru pracowników, co przy niskich wynagrodzeniach staje się coraz trudniejszym, a ryzyko niekompetencji w rozliczeniach podatkowych zawsze wywołuje konsekwencje finansowe.

Wybrane problemy kontraktowania świadczeń

Przedstawione treści w zakresie problemów podatkowych to nie jedyne wyzwania. Również w zakresie kontraktowania świadczeń podmioty medyczne napotykają problemy. Niejasne, niespójne przepisy, brak jednolitego orzecznictwa wymusza na zarządzających przygotowanie odpowiednich, wyspecjalizowanych kadr i ich przeszkolenia, co w konsekwencji ma istotny wpływ na wzrost kosztów, ale ostatecznie może przyczynić się do wzrostu przychodów w postaci wynegocjowanych kontraktów z NFZ.

Kontraktowanie usług medycznych to kolejny dylemat związany z funkcjonowaniem SP ZOZ, mający istotny wpływ na wysokość przychodów, a tym samym na kształtowanie się sytuacji finansowej. Na tej płaszczyźnie również wykwalifikowane kadry merytoryczne to nieoceniony zasób. Błędy bowiem w ofertowaniu to zagrożenie utraty kontraktu, którego uzyskanie i realizacja stanowi zabezpieczenie finansowe dla wykonywania przez SP ZOZ świadczeń i usług zdrowotnych, a więc ratujących życie.

Przykład 3.

W SP ZOZ utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego podjęto decyzję o złożeniu oferty na świadczenie usług ogólnostomatologicznych. Niezbędna w tym celu jest ogólna wiedza medyczna oraz w głównej mierze znajomość warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi warunkami oraz przypisana tym wartościom punktacja w rodzaju leczenia stomatologiczne.

Punktacja ofert uzależniona była od:

- 1) jakości świadczonych usług w kategorii:
 - personel (punktacja w zależności od kwalifikacji),
 - sprzęt i aparatura medyczna (punktowane w zależności od posiadanego sprzętu),
 - realizacja wybranych świadczeń (punkty przyznawane w zależności od ciągłości kontraktu);
- 2) kompleksowości, gdzie ocenie poddawany jest sposób wykonania umowy (wykonanie we własnym zakresie lub przy udziale podwykonawców);
- 3) dostępności, ocenianej według organizacji udzielania świadczeń;
- 4) ceny, obliczonej wg ustalonego wzoru (punktacja w zależności od wysokości ceny).

Oprócz precyzyjnie określonych kryteriów Prezes NFZ określa szczegółowe wytyczne, warunki postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sposób przygotowania i składania ofert, zasady przeprowadzania postępowania oraz sposób wnoszenia środków odwoławczych, aż po podpisanie umowy.

W przedmiotowym postępowaniu w zakresie kryterium JAKOŚĆ, kategorii sprzęt i aparatura medyczna dokonano zakupu aparatu RTG celem wykonywania zdjęć zębowych w miejscu udzielania świadczeń. Zakupiony i wykazany w formularzu ofertowym sprzęt, aby był wysoko punktowany w ofercie, oferent zobowiązany był przedłożyć kserokopię decyzji Sanepidu na uruchomienie pracowni rentgenowskiej oraz sprzętu rentgenowskiego, który zgodnie z wytycznymi winien być aktualny na dzień złożenia oferty. Oferent nie przedłożył wymaganych dokumentów, został wezwany do ich przedłożenia w wyznaczonym terminie, czego też nie dokonał. W związku z faktem, iż oferent nie dostarczył wymaganej przepisami prawa decyzji na uruchomienie pracowni, zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2018 r. poz. 1510], oferta z uwagi na nieprawdziwe informacje została odrzucona. Oferent ponadto oświadczył, że dane zawarte w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym, czego nie był w stanie wykazać.

W sytuacji, gdy SP ZOZ nie dysponował dokumentem potwierdzającym możliwość uruchomienia pracowni rentgenowskiej powinien wówczas wykazać, iż przedmiotowa usługa będzie realizowana przez podwykonawców (czego też nie dopełnił, mylnie interpretując wytyczne).

Kolejnym niedopatrzaniem przedmiotowej oferty był brak przedstawienia polisy na cały okres obowiązywania umowy. W takim przypadku należało złożyć oświadczenie, iż umowa odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Uwagi dotyczyły również rozbieżności w zakresie przedstawienia harmonogramu pracy poradni i personelu.

Źródło: opracowanie własne.

Warto zauważyć, iż oferent powinien mieć świadomość, że wszystkie elementy wykazane w ofercie muszą być gotowe do realizowania świadczeń. W ofertowaniu, kontraktowaniu usług medycznych nie chodzi bowiem o gotowość do realizacji świadczeń, ale zdolność do ich realizacji już od dnia złożenia oferty, taką samą jak od momentu udzielania świadczeń.

Kolejnym elementem powodującym negatywne skutki dla SP ZOZ są błędy w opisywaniu świadczeń. Świadczenie medyczne udzielone przez lekarza, ale błędnie opisane lub z pomyłką wykazanych danych, w sytuacji braku ich wyjaśnienia skutkują brakiem zapłaty za świadczenie przez NFZ.

Wśród takich błędów możemy wyróżnić między innymi:

- wpisanie do systemu błędnego nr PESEL;
- nieprzyjęcie oświadczenia od pacjenta, który widnieje w systemie jako nieubezpieczony;
- błędnie wpisany nr region;
- błędnie spisanie z karty EKUZ, którą posiada pacjent z UE jej numeru, błędnego adresu lub innych danych);
- w zakresie stomatologii, jeżeli np. leczymy ząb w znieczuleniu przewodowym, do którego przypisana jest ćwiartka zęba, wpisujemy cały ząb, któremu takie znieczulenie nie jest przypisane;
- w zakresie usuwania kamienia u pacjenta, nie możemy tego zabiegu bezpłatnie przeprowadzić kilka razy w roku, ponieważ bezpłatnie taka usługa przysługuje raz na rok;
- wykonanie bezpłatnie protezy u pacjenta, u którego nie upłynęło 5 lat (taka usługa jest bezpłatna raz na 5 lat).

Powyższe rozważania wskazują jak ważny jest wykwalifikowany personel, zarówno służb finansowo-księgowych jak i działów merytorycznych. Niewłaściwe, nieprawidłowe, samowolne zachowanie pracownika może skutkować utratą kontraktu na świadczenia medyczne. W omawianym przykładzie 3 pomimo faktu, iż dołożono wszelkich starań o uzyskanie kontraktu, w tym wydatkowano środki finansowe na zakup sprzętu RTG, aby zwiększyć konkurencyjnym w ofertowaniu, oferta została odrzucona. Tak więc nie tylko paleta zagadnień podatkowych sprawia problemy, dylematy występują również na płaszczyźnie kontraktowania, które ma istotny, a czasem decydujący wpływ na możliwości świadczenia usług medycznych oraz funkcjonowanie SP ZOZ.

Zakończenie

Z przedmiotu badań i prezentacji wybranych przykładów autorzy wyprowadzają istotne wnioski:

1. Stabilne reguły finansowania ryczałtem są niewątpliwie istotne, ale ryzyko niekontrolowanych wzrostów kosztów wynagrodzeń sprawia, że plany finansowe SP ZOZ nie spełniają swojej funkcji, w tym funkcji informacyjnej i kalkulacyjnej.
2. Procedury przetargowe, w których dominuje duże ryzyko prawno-karne wymagają odpowiedniego doboru kadr, co przy minimalnym wynagrodzeniu powoduje braki kadrowe (dobór kadr).
3. Rozliczenia podatkowe z tytułu VAT, pdop, a także pdof są obarczone ryzykiem wynikającym nie tylko ze zmiany przepisów, ale z korzyści wysokiej wiedzy pracowników służb finansowo-księgowych. Przyjmowanie ich na staż, doksztalcanie i ich odchodzenie (ze względu na niedostateczne funkcje motywacyjne), powodują narastające ryzyko w temacie zatrudnienia.
4. Kalkulacja kosztów jako element planowania finansowego i jej każdorazowa aktualizacja powinna znaleźć odzwierciedlenie w ryzyku procedur i finansowaniu SP ZOZ.
5. Błędy merytoryczne pracowników w sferze realizacji prawa zamówień publicznych, a także w zakresie kontraktowania świadczeń z NFZ prowadzą do utraty kontraktów i utraty korzyści w postaci przychodów z tego tytułu.
6. Wiedza i kompetencje pracowników są kluczem do sukcesu jednostki.

Bibliografia

- Domańska M. (2017), *Dylematy bilansowo-podatkowe prowadzenia ksiąg w sektorze publicznym* [w:] A. Jackiewicz, J. Gawryś, H. Szeląg, P. Sydor (red.), *Prawne aspekty prowadzenia ksiąg rachunkowych*, Łódź-Warszawa.
- Grześkiewicz W. (2017), *Analiza sytuacji finansowej samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, *Finanse komunalne* 5/2017, Warszawa.
- Jackiewicz A. (2015), *Wybrane problemy kontroli podatkowej i orzecznictwa sądowego (WSA, NSA, ETS) w zakresie VAT i pdop w warunkach MSP* [w:] A. Jackiewicz, B. Kamińska (red.), *Wybrane problemy zarządcze, rachunkowe i podatkowe w sektorze MSP*, Łódź-Warszawa-Brodnica.
- Jaruga A. A., Nowak W. A., Szychta A. (2001), *Rachunkowość zarządcza. Koncepcje i zastosowania*, wyd. 2, Wyd. SWSPiZ, Łódź.
- Walczak P. (2009), *Szpitala dalekie od stabilizacji – informacja o wynikach kontroli gospodarki finansowej SP ZOZ*, *Finanse Komunalne* 9/2009, Warszawa.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.)

Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 ze zm.).

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.).

Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174 ze zm.)

Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1036 ze zm.)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.)



SPOŁECZNA AKADEMIA NAUK

Studia I i II stopnia

(LICENCJACKIE, INŻYNIERSKIE, MAGISTERSKIE,
JEDNOLITE MAGISTERSKIE)

SPOŁECZNE I HUMANISTYCZNE

- Bezpieczeństwo narodowe
- Dziennikarstwo i komunikacja społeczna
- Europeistyka
- Filologia angielska
- Japonistyka
- Pedagogika
- Pedagogika specjalna
- Pedagogika resocjalizacyjna
- Psychologia
- Socjologia
- Socjokryminologia
- Stosunki międzynarodowe
- Turystyka i rekreacja

EKONOMICZNE

- Finanse i rachunkowość
- Logistyka
- Zarządzanie
- Ekonomia

ARTYSTYCZNE

- Film i sztuki audiowizualne
- Grafika

MEDYCZNE

- Fizjoterapia
- Kosmetologia
- Zdrowie publiczne

PRAWNE

- Prawo
- Administracja

TECHNICZNE

- Architektura i urbanistyka
- Geodezja i kartografia
- Informatyka

Studia podyplomowe

www.podyplomowe.san.edu.pl

PAO: Studia przez internet

www.pao.pl

Studia III stopnia

(SEMINARIUM DOKTORANCKIE)

- Informatyka
- Zarządzanie
- Językoznawstwo

www.san.edu.pl



Studia w języku angielskim:

* Bachelor & Master

- International Business Management
- International Business Communication
- International Tourism and Hospital Management
- IT Management

* American Master from Clark University

- Master of Science in Professional Communication
- Master of Public Administration
- Master of Science in Information Technology

* MBA@SAN z dyplomem Master Clark University Ma

www.clarkuniversity.eu