

Magdalena Kludacz-Alessandri

Model wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego



Wolters Kluwer

Magdalena Kludacz-Alessandri

Model wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Stan prawny na 1 stycznia 2017 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Jerzy Gierusz

Prof. nadzw. dr hab. Maria Hass-Symotiuk

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne

Anna Krzesz

Łamanie

Sławomir Sobczyk

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni


SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2017

ISBN: 978-83-8107-048-5

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz najważniejszych skrótów	9
Wstęp	11
Rozdział I	
Popytowe i kosztowe aspekty wyceny świadczeń zdrowotnych	17
1. Świadczenia zdrowotne jako przedmiot wyceny	17
2. Istota i metody wyceny świadczeń zdrowotnych	25
3. Koszty jako podstawa wyceny świadczeń zdrowotnych w szpitalu	39
4. Rachunek kosztów jako źródło informacji do wyceny procesu leczenia pacjenta	45
5. Obiekty kosztów na potrzeby wyceny procesu leczenia pacjenta	57
Rozdział II	
Analiza stosowanych zasad rachunku kosztów i wyceny świadczeń zdrowotnych lecznictwa szpitalnego w Polsce	70
1. Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce	70
2. Zasady wyceny świadczeń zdrowotnych lecznictwa stacjonarnego na szczeblu centralnym	75
3. Jednorodne Grupy Pacjentów jako podstawa wyceny i finansowania szpitalnych świadczeń zdrowotnych	82
4. Ewolucja rachunku kosztów w podmiotach leczniczych	93
Rozdział III	
Zasady rachunku kosztów i wyceny świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich – analiza porównawcza	106
1. Systemy finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach europejskich	106
1.1. Anglia	106
1.2. Francja	111
1.3. Niemcy	115

1.4. Słowenia	118
1.5. Podsumowanie systemów finansowania ochrony zdrowia w analizowanych krajach europejskich.....	122
2. Analiza systemów DRG w wybranych krajach europejskich	124
2.1. Anglia	124
2.2. Francja.....	128
2.3. Niemcy	133
2.4. Słowenia	137
2.5. Podsumowanie analizy systemów DRG.....	139
3. Wycena świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym w wybranych krajach europejskich.....	142
3.1. Anglia	142
3.2. Francja.....	146
3.3. Niemcy	150
3.4. Słowenia	154
3.5. Podsumowanie wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym....	157
4. Zasady rachunku kosztów stosowane na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich.....	159
4.1. Anglia	160
4.2. Francja.....	164
4.3. Niemcy	169
4.4. Słowenia	175
4.5. Podsumowanie zasad rachunku kosztów stosowanych na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych	176

Rozdział IV

Badanie i ocena wpływu rachunku kosztów i wyceny

procesu leczenia pacjenta na dokonania szpitali	178
1. Pozytywna teoria rachunkowości i jej znaczenie w prowadzonych badaniach empirycznych	178
2. Wielowymiarowy model służący do pomiaru wpływu rachunku kosztów na dokonania szpitala	185
3. Badanie stanu zaawansowania rachunku kosztów i jakości wyceny świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich	195
4. Ocena wpływu rachunku kosztów na dokonania szpitali	210

Rozdział V

Koncepcja modelu wyceny świadczeń zdrowotnych

na potrzeby lecznictwa stacjonarnego	230
1. Założenia do modelu wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa stacjonarnego.....	231
2. Ewidencja i rozliczanie kosztów na potrzeby wyceny świadczeń lecznictwa stacjonarnego	241

3. Zasady wyceny świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala	247
4. Zasady wyceny świadczeń zdrowotnych leczenia stacjonarnego na szczeblu centralnym	265
5. Propozycja raportu dotyczącego kosztów na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym.....	271
6. Warunki zastosowania modelu do wyceny świadczeń zdrowotnych i jego zalety.....	280
Zakończenie	289
Załączniki	299
Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety dla działu księgowości	301
Załącznik 2. Kwestionariusz ankiety dla dyrektora szpitala	305
Załącznik 3. Lista kont syntetycznych i analitycznych zespołu 4 i 5	308
Bibliografia	313
Spis tabel	329
Spis rysunków	332
Spis wykresów	333

WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW

AOTMiT	– Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ARH	– agences régionales de l’hospitalisation
ARS	– agences régionales de santé
DRG	– <i>diagnosis related groups</i>
Dz.U.	– Dziennik Ustaw
Dz.Urz.	– Dziennik Urzędowy
ENCC	– <i>études nationales de coûts à méthodologie commune</i>
GHM	– groupes homogènes de malades
GKV	– <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
HCFA	– Health Care Financing Administration
HFMA	– Healthcare Financial Management Association
HRG	– <i>health related group</i>
JGP	– Jednorodne Grupy Pacjentów
M.P.	– Monitor Polski
MSSF	– Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	– National Health Service
PAS	– <i>patient administration system</i>
PbR	– <i>payment by result</i>
r.ś.g.l.s.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 22.11.2013 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 694)
SPP	– skupine primerljivih primerov
SUS	– <i>secondary uses service</i>
u.d.l.	– ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638)
u.r.	– ustawa o rachunkowości z 29.09.1994 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1047)
u.ś.o.z.	– ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27.08.2004 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793)
ZZZS	– Zavod za Zdravstveno Zavarovanje Slovenije

WSTĘP

Szpitalne, świadcząc usługi medyczne, oferują na rynku świadczeń zdrowotnych produkt, którym jest proces leczenia pacjenta z określoną jednostką chorobową. Taki proces, tak jak każdy produkt podlegający mechanizmom rynkowym – kupna i sprzedaży, powinien podlegać wycenie, której celem jest ustalenie jego wartości. Na wartość procesu leczenia pacjenta składają się różne obiekty i działania, w tym procedury medyczne. Ustalenie ich kosztów na poziomie szpitala stanowi jeden z najważniejszych warunków wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym i jest zasadniczym czynnikiem efektywnego systemu finansowania ochrony zdrowia.

Lecznictwo szpitalne zajmuje szczególną pozycję we wszystkich systemach ochrony zdrowia i jest największym konsumentem środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia zarówno w Polsce, jak i w innych krajach¹. Jest ono ukierunkowane na całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia stacjonarne udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym dwudziestu czterech godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l.).

Wycena świadczeń zdrowotnych oferowanych przez szpitale jest zagadnieniem niezwykle skomplikowanym oraz wciąż niewystarczająco zbadanym. Wynika to ze złożoności realizowanych procesów i różnorodności zasobów koniecznych do ich wykonania, w tym wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej o różnej specjalizacji. Decyduje ona o zakresie i rozmiarze wykonywanych świadczeń zdrowotnych, które zależą przede wszystkim od stanu zdrowia pacjentów, i ma zasadniczy wpływ na poziom kosztów leczenia. Z kolei na wielkość środków finansowych będących w dyspozycji szpitali wpływają ceny świadczeń wyznaczone przez płatnika. Ich poziom nie gwarantuje pokrycia poniesionych kosztów, co skutkuje zwiększaniem zadłużenia tych jednostek.

¹ A. Wasiak, P. Szelaż, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów UE w latach 2007–2011*, *Finanse i Prawo Finansowe* 2015, vol. II (2), s. 67–85.

Od 2008 roku podstawę finansowania świadczeń szpitalnych w Polsce stanowi system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) (*diagnostic related groups* – DRG). W tym systemie bazą rozliczenia szpitali z płatnikiem są zryczałtowane stawki przypisane przypadkom chorobowym ujętym w grupy jednorodne klinicznie i kosztowo. Ich wycena wymaga zgromadzenia szeregu danych kosztowych oraz statystycznych dotyczących realizacji tych świadczeń. Przy tym ceny świadczeń zdrowotnych, stanowiące podstawę finansowania działalności szpitali, powinny być oparte na rzetelnych i wiarygodnych informacjach o kosztach. Źródłem tych informacji powinien być prawidłowo prowadzony i sprawnie działający rachunek kosztów. O wartości świadczeń zdrowotnych decydują bowiem koszty poniesione na ich wykonanie. Warto dodać, że znajomość rzeczywistych kosztów działalności szpitali i wielkości realizowanych przez nie świadczeń zdrowotnych, ich struktury oraz reakcji na zmiany ich rozmiarów czy liczby leczonych pacjentów jest niezbędna także na potrzeby ustalania cen świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym.

Należy podkreślić, że w polskim systemie ochrony zdrowia informacje o kosztach świadczeń zdrowotnych realizowanych przez szpitale nie były dotychczas wykorzystywane do ustalania ich cen (taryf) na szczeblu centralnym. Narodowy Fundusz Zdrowia nie był zainteresowany zbieraniem i przetwarzaniem informacji o kosztach² przydatnych do wyceny świadczeń, mimo że powinien je analizować w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 1 u.ś.o.z.). Podstawę ustalania cen świadczeń zdrowotnych stanowiły zasoby finansowe płatnika oraz zastosowane w latach ubiegłych ceny świadczeń. Wynikało to, jak się wydaje, z braku obowiązujących uregulowań prawnych dotyczących rachunku kosztów, gwarantujących porównywalność generowanych informacji kosztowych³.

Aktualnie w warunkach dokonywanych zmian w systemie ochrony zdrowia problem ten nabiera coraz większego znaczenia. Od lat trwa dyskusja dotycząca konstrukcji rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych (w tym szpitali). Poszukiwanie coraz

² Potwierdzają to wyniki badań dokonane w ramach projektu badawczego finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nt. „Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań”, realizowanego pod kierunkiem prof. dr hab. M. Hass-Symotiuk w latach 2007–2010, którego byłam uczestnikiem. Wyniki projektu zostały opublikowane w pracy: M. Hass-Symotiuk (red.), *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Szczecin 2011.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej z 22.12.1998 r. (Dz.U. Nr 164, poz. 1194), które do tej pory obowiązywało wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zostało uchylone w 2011 roku na mocy ustawy o działalności leczniczej. Z kolei wydane w 2015 roku rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców z 8.07.2015 r. (Dz.U. poz. 1126) nie nakłada obowiązku jego stosowania na wszystkich świadczeniodawców, lecz na te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w zakresie przekazywania danych. Obowiązek ten, zgodnie z przepisami ustawowymi, zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2020 r.

bardziej doskonałych zasad pomiaru i wyceny zdarzeń i procesów, w tym dotyczących działalności medycznej, stanowi istotną część teorii rachunkowości. Dotyczy to zarówno metodyki liczenia kosztów świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala, jak i ustalania ich cen na szczeblu centralnym.

Zasadniczym celem niniejszej pracy jest opracowanie modelu wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa stacjonarnego w Polsce. Jego zakresem objęto dwa poziomy: poziom szpitala i poziom centralny systemu ochrony zdrowia. Wdrożenie tego modelu w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga przyjęcia jednolitych zasad rachunku kosztów dla szpitali, co zapewni uzyskanie porównywalnych informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych na potrzeby ich wyceny. Realizacja celu głównego pracy wymagała rozwiązania szeregu celów szczegółowych, za które uznano:

- 1) przedstawienie aparatu pojęciowego dotyczącego świadczeń zdrowotnych, ustalania ich wartości oraz metod wyceny, ze szczególnym uwzględnieniem metod kosztowych,
- 2) dokonanie analizy i oceny metod wyceny i finansowania świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym oraz rozwiązań dotyczących rachunku kosztów szpitali, jakie obowiązywały w Polsce w okresie od 1999 roku do chwili obecnej,
- 3) przeprowadzenie analizy porównawczej metod wyceny świadczeń zdrowotnych w oparciu o system DRG, a także modeli rachunku kosztów stanowiących podstawę tej wyceny w wybranych krajach europejskich (Anglii, Francji, Niemczech i Słowenii),
- 4) zdiagnozowanie poziomu zaawansowania rachunku kosztów, ze szczególnym uwzględnieniem jakości wyceny procesu leczenia pacjenta i stopnia wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitali funkcjonujących w Polsce, Anglii i Słowenii,
- 5) określenie wpływu stosowanych rozwiązań w zakresie rachunku kosztów na dokonania szpitali i określenie czynników, które wpływają na jakość wyceny procesu leczenia pacjenta w szpitalach,
- 6) określenie obiektów kosztów uwzględnionych w proponowanym modelu wyceny świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala i elementów kosztów branych pod uwagę przy ustalaniu wag kosztowych, a co za tym idzie – taryf cenowych JGP na potrzeby ich centralnej wyceny,
- 7) określenie warunków niezbędnych do wdrożenia opracowanego modelu.

Jako wiodącą do weryfikacji przyjęto następującą hipotezę badawczą: właściwym narzędziem do ustalania kosztów świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa stacjonarnego jest model rachunku kosztów działań sterowany czasem, zintegrowany z systematycznym rachunkiem kosztów. Dążąc do osiągnięcia założonych celów rozprawy, sformułowano również następujące hipotezy pomocnicze:

- 1) proces leczenia pacjenta powinien być podstawowym obiektem wyceny świadczeń zdrowotnych w szpitalu na potrzeby ustalania wag kosztowych, a co za tym idzie – taryf cenowych JGP na szczeblu centralnym,

- 2) ujednolicone standardy rachunku kosztów dla szpitali sprzyjają wykorzystaniu informacji o kosztach w procesie wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym, a także wpływają pozytywnie na jakość tej wyceny i system finansowania szpitali,
- 3) wyższy stopień zaawansowania rachunku kosztów szpitali sprzyja lepszymu wykorzystaniu informacji o kosztach przez kierownictwo szpitala oraz wpływa pozytywnie na jego dokonania. Z drugiej strony na stopień zaawansowania rachunku kosztów szpitala wpływają takie czynniki, jak: wielkość i status szpitala, wykształcenie dyrektora szpitala i jakość informatyzacji szpitala.

Praca składa się z pięciu rozdziałów poprzedzonych wstępem i podsumowanych w zakończeniu.

W rozdziale pierwszym przedstawiono istotę, cechy i rodzaje świadczeń zdrowotnych realizowanych przez szpitale, problematykę ich wyceny i charakterystykę stosowanych w tym zakresie metod, a także rolę kosztów i ich rachunku w wycenie świadczeń zdrowotnych. Ukazano w nim etapy rachunku kosztów niezbędne do kalkulacji kosztów różnych obiektów składających się na proces leczenia pacjenta w szpitalu. Etapy te wykorzystano w dalszej części pracy, w szczególności w badaniach empirycznych prowadzonych na potrzeby oceny stopnia rozwoju rachunku kosztów w polskich, angielskich i słoweńskich szpitalach. Końcowe dociekania tego rozdziału odnoszą się do analizy obiektów kosztów istotnych w procesie leczenia pacjenta, które wykorzystano w ostatniej części monografii do opracowania modelu wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa stacjonarnego.

W rozdziale drugim dokonano analizy zasad wyceny świadczeń zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na szczeblu centralnym i zasad rachunku kosztów, który powinien stanowić podstawowe źródło informacji do tej wyceny. Szczególną uwagę skupiono na jednostkach rozliczeniowych stosowanych w Polsce do wyceny świadczeń zdrowotnych na szczeblu centralnym, wskazując ich wady i zalety z punktu widzenia szpitala, pacjenta i płatnika, a zwłaszcza na Jednorodnych Grupach Pacjentów, które stanowią obecnie podstawę finansowania świadczeniodawców. Dokonano w nim również analizy obowiązujących zasad rachunku kosztów w różnych okresach reformowania systemu ochrony zdrowia. Przedstawione zasady i organizacja procesu wyceny i finansowania świadczeń szpitalnych w Polsce zostały następnie skonfrontowane z doświadczeniami zagranicznymi.

W rozdziale trzecim zaprezentowano wyniki analizy porównawczej rozwiązań dotyczących wyceny świadczeń szpitalnych na szczeblu centralnym i stosowanych zasad rachunku kosztów w szpitalach w wybranych krajach europejskich, w których działa system DRG. Analiza dotyczyła funkcjonujących rozwiązań w tym zakresie, zarówno w krajach stosujących jednolite standardy rachunku kosztów na potrzeby centralnej wyceny, jak i w krajach, w których takie standardy nie obowiązują, a proces wyceny

następuje w oderwaniu od kosztów. Uwzględniono w niej czynniki mające wpływ na stopień wykorzystania informacji o kosztach szpitali w procesie ustalania taryf cenowych na szczeblu centralnym, takie jak: specyfika systemu ochrony zdrowia, szczegółowe regulacje dotyczące systemu DRG stanowiącego podstawę finansowania szpitali, zasady wyceny świadczeń zdrowotnych obowiązujące na szczeblu centralnym oraz szczegółowe zasady rachunku kosztów stosowane w szpitalach i stopień ich ujednolicenia. Analizą objęto państwa europejskie (Anglię, Niemcy, Francję i Słowenię), w których funkcjonują różne modele finansowania ochrony zdrowia i różny stopień wykorzystania informacji kosztowych w procesie wyceny świadczeń zdrowotnych.

Wyniki badań empirycznych przeprowadzonych w polskich, angielskich i słoweńskich szpitalach, dotyczące stosowanych rozwiązań w zakresie rachunku kosztów, ze szczególnym uwzględnieniem zasad wyceny procesu leczenia pacjenta, stanowią główną treść rozdziału czwartego. Zakresem badań objęto poszczególne etapy rachunku kosztów stosowane w szpitalach oraz stopień wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitali. W toku dalszych rozważań oceniono wpływ stopnia rozwoju rachunku kosztów na dokonania szpitala. Wykorzystano w nich model uwarunkowań sytuacyjnych, w którym zidentyfikowano również czynniki strukturalne, potencjalnie warunkujące poziom zaawansowania rachunku kosztów i stopień wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitala. Wnioski z badań stały się podstawą do opracowania modelu wyceny świadczeń zdrowotnych na potrzeby lecznictwa stacjonarnego.

Piąty rozdział został w całości poświęcony realizacji głównego celu pracy, jakim było opracowanie modelu wyceny świadczeń zdrowotnych na potrzeby lecznictwa stacjonarnego. Na tle przyjętych założeń do proponowanego dwupoziomowego modelu przedstawiono zasady ustalania kosztów świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala i rekomendacje w zakresie sposobu wyceny świadczeń zdrowotnych na poziomie centralnym. Aby umożliwić wycenę świadczeń na poziomie centralnym, opracowano propozycję raportu kosztowego przygotowywanego przez szpitale. Raport ten ma zapewnić spójność obu poziomów wyceny. W końcowej części rozważań wskazano warunki niezbędne do zastosowania opracowanego modelu wyceny świadczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz potencjalne korzyści jego wdrożenia.

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny oraz aplikacyjny. Jej realizacja wymagała wykorzystania szeregu metod badawczych i przeprowadzenia obszernych badań literaturowych. Badania te miały charakter interdyscyplinarny. W przeprowadzonych studiach literaturowych wykorzystano krajowe i zagraniczne publikacje z zakresu rachunkowości, finansów, organizacji i zarządzania, informatyki, ekonomiki zdrowia, medycyny, a także liczne akty prawne i raporty różnych podmiotów krajowych i zagranicznych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia. W pierwszej części pracy, która ma charakter teoretyczny, wykorzystano głównie metody diagnostyczne

umożliwiający poznanie istoty rozważanych zagadnień, a także metodę analizy porównawczej i metodę analizy opisowej.

Na potrzeby oceny stopnia rozwoju rachunku kosztów na poziomie szpitali funkcjonujących w Polsce i innych krajach europejskich stosujących system Jednorodnych Grup Pacjentów przeprowadzono badania empiryczne przy wykorzystaniu techniki ankietyzacji, wywiadów i własnych obserwacji. W badaniach tych pozyskano również dane potrzebne do oceny dokonań szpitali i stopnia wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitali. Do interpretacji danych empirycznych użyto metody analizy i syntezy z wykorzystaniem porównania, abstrahowania i uogólniania, co umożliwiło połączenie powstałych w wyniku analizy różnych elementów dostępnej wiedzy teoretycznej, uporządkowanie jej i powiązanie dostępnych informacji w logiczne zależności. Na potrzeby tego badania wykorzystano również procedurę badawczą zalecaną w pozytywnej teorii rachunkowości. W celu zbadania wpływu stopnia rozwoju rachunku kosztów na dokonania szpitali opracowano i poddano weryfikacji model uwarunkowań sytuacyjnych. Model ten wykorzystano również do oceny wpływu takich zmiennych, jak wielkość i status szpitala, wykształcenie dyrektora szpitala i poziom informatyzacji, na poziom zaawansowania rachunku kosztów i stopień wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitala. W celu estymacji poszczególnych parametrów oraz oceny stopnia dopasowania zaproponowanego modelu zastosowano różne narzędzia statystyczne, w tym analizę korelacji, regresji wielorakiej oraz procedurę modelowania równań strukturalnych przy wykorzystaniu modułu Sepath zawartego w programie Statistica 12.0. Dzięki temu w analizie siły i formy związku między analizowanymi zmiennymi można było uwzględnić wiele powiązanych ze sobą zależności przyczynowych.

Przy opracowaniu modelu wyceny świadczeń zdrowotnych na potrzeby lecznictwa stacjonarnego wykorzystano metodę systemową i analogii. Zaproponowane rozwiązania są efektem m.in. obszernej analizy literatury przedmiotu, aktów prawnych oraz przeprowadzonych badań empirycznych. Opracowany model wyceny w części dotyczącej zasad ustalania kosztów na poziomie szpitala został zaprezentowany na przykładzie oddziału kardiologicznego. Jego rozbudowa o kolejne oddziały i inne ośrodki kosztów działalności podstawowej szpitala może nastąpić według przedstawionego wzorca.

Chciałabym podziękować recenzentom pracy: prof. dr hab. Marii Hass-Symotiuk oraz prof. dr. hab. Jerzemu Gieruszowi za ich cenne uwagi i wskazówki dotyczące maszynopisu. Pani Profesor dziękuję również za wsparcie merytoryczne, inspiracje i opiekę w całym okresie mojego naukowego rozwoju.

Rozdział I

POPYTOWE I KOSZTOWE ASPEKTY WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Celem niniejszego rozdziału jest zdefiniowanie pojęć dotyczących świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim tych, które są związane z procesem leczenia pacjenta w szpitalu, i przedstawienie zasad ich wyceny. Szczególną uwagę zwrócono na podstawowy obiekt procesu leczenia pacjenta, jakim jest procedura medyczna. W przeprowadzonej analizie wykorzystano zarówno literaturę przedmiotu, jak i obowiązujące regulacje prawne. W dalszej części rozdziału dokonano charakterystyki kosztów w odniesieniu do wyceny świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala i przedstawiono etapy rachunku kosztów stanowiącego najważniejsze źródło danych do wyceny procesu leczenia pacjenta. Zaprezentowane etapy rachunku kosztów zostały później wykorzystane w prowadzonych badaniach empirycznych dotyczących stopnia zaawansowania rachunku kosztów prowadzonych w Polsce, Anglii i Słowenii. Uwzględniono je również w modelu uwarunkowań sytuacyjnych, służącym do zbadania wpływu stosowanych rozwiązań w zakresie rachunku kosztów na dokonania szpitala. Głównym celem tego rozdziału była prezentacja najważniejszych obiektów kosztów istotnych w procesie leczenia pacjenta. Zaprezentowane obiekty zostały bowiem wykorzystane w koncepcji modelu wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego przedstawionej w ostatnim rozdziale pracy.

1. Świadczenia zdrowotne jako przedmiot wyceny

Zmiana systemu finansowania świadczeń zdrowotnych związana z przejściem na kontraktowanie usług medycznych według koncepcji Jednorodnych Grup Pacjentów spowodowała konieczność poznania kosztów jednostkowych leczenia pacjenta, które mogą stanowić podstawę cenową usług medycznych. Kalkulacja tych kosztów wymaga jednak wyceny różnorodnych usług medycznych wykonywanych na rzecz pacjenta będącego podstawowym obiektem kosztów działalności szpitali.

Usługi stanowią dominujący obszar działalności społeczno-gospodarczej naszego kraju, a stopień ich rozwoju decyduje o poziomie i jakości życia mieszkańców. Pojęcie

usługi jest różnie definiowane w literaturze przedmiotu. Przykładowe definicje usługi prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Przykładowe definicje pojęcia „usługa”

Autor	Definicja
J. Henrze, E. Kehres	Rodzaj świadczenia wykonywanego przez jeden podmiot na rzecz innego podmiotu, które nie ma postaci materialnej.
A. Payne	Każda czynność zawierająca w sobie efekt niematerialności, która polega na oddziaływaniu na klienta, a która nie powoduje przeniesienia prawa własności. Przeniesienie prawa własności może jednak nastąpić, a świadczenie usługi może być lub też nie być ściśle związane z dobrem materialnym.
C. Groonross	Obiekt procesu transakcyjnego oferowany przez firmy i instytucje, które generalnie oferują usługi i które postrzegają się jako organizacje „usługowe”.

Źródło: opracowanie na podstawie: J. Henrze, E. Kehres, *Rachunek kosztów i świadczeń w szpitalach*, Zielona Góra 2001, s. 875; A. Payne, *Marketing usług*, Warszawa 1996, s. 20; C. Groonross, *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Lund 1994, s. 19.

Niezależnie od przyjętej definicji za najbardziej charakterystyczne cechy usług przyjmuje się najczęściej⁴:

- niematerialność – usługi nie są związane z wytwarzaniem dóbr materialnych;
- różnorodność – usługi nie są jednolite i występuje problem z ich standaryzacją;
- nierozdzielność – w usługach występuje nierozdzielność procesu produkcji, dystrybucji, sprzedaży i konsumpcji;
- nietrwałość – nie ma możliwości magazynowania usług.

Powyższe cechy można również odnieść do usług zdrowotnych. Usługi zdrowotne są zaliczane do usług pożądaných społecznie, a ich świadczenie jest m.in. związane z realizacją polityki społeczno-ekonomicznej państwa. Zdefiniowanie tych usług stanowi szczególnie wyzwanie, gdyż samo pojęcie zdrowia jest kategorią złożoną i trudną w wycenie. W literaturze przedmiotu proponuje się określać efekty usług zdrowotnych w odniesieniu do wyników zdrowotnych rozpatrywanych jako⁵: wydłużanie czasu życia i poprawa jego jakości, poprawa zdrowia pacjenta, satysfakcja pacjenta większa niż ta związana ze skutkiem zdrowotnym. Pomiar efektów tych usług powinien zatem wyznaczyć wartość dodaną do zdrowia w efekcie procesu leczenia. Usługi zdrowotne należą do tzw. usług powszechnych, czyli szczególnego rodzaju usług publicznych. Powinny być one świadczone w określonych warunkach zapewnionych przez państwo, które prowadzi w tym celu określone działania regulacyjno-kontrolne⁶.

⁴ M. Pluta-Olearnik, *Marketing usług*, Warszawa 1995, s. 45.

⁵ R. Jacobs, P.C. Smith, A. Street, *Measuring efficiency in health care: analytic techniques and health policy*, Cambridge 2006.

⁶ M. Raulinajtys-Grzybek, *Cost information as the basis for pricing of healthcare services financed from public funds*, [w:] *Cost management in the enterprises under globalization*, J. Chluska, t. II, Częstochowa 2012, s. 101–123.

Podstawowym rodzajem usług zdrowotnych są usługi realizowane w obszarze medycznym, a więc usługi medyczne świadczone m.in. przez szpitale i inne podmioty lecznicze na rzecz odbiorcy – pacjenta. Usługę medyczną można określić jako zespół profesjonalnych działań z wykorzystaniem dostępnej wiedzy medycznej i aparatury, których założonym efektem końcowym jest zdrowy pacjent. Usługi medyczne są wykonywane przez podmioty lecznicze, których ustawowym celem działalności jest zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu. Na usługę medyczną składają się różne świadczenia ściśle medyczne wykonywane na rzecz pacjenta, które służą zachowaniu, przywracaniu lub poprawie jego zdrowia, takie jak: badania i porady lekarskie, terapie, świadczenia rehabilitacyjne i pielęgnacyjne, opieka nad pacjentem, działania zapobiegawcze, diagnostyczne, analityki medycznej, ale także usługi towarzyszące, np. hotelarskie, wyżywienia, informacyjne. Każda z tych usług jest równie ważna i wpływa na globalną wartość całego procesu leczenia pacjenta cierpiącego na określoną jednostkę chorobową. W praktyce działalności leczniczej szpitala usługi te mogą być relatywnie nieskomplikowane (np. wykonanie badań laboratoryjnych), jak również bardzo skomplikowane (np. zabiegi operacyjne w szpitalu). Im bardziej skomplikowana usługa, tym trudniej jest dokonać jej wyceny.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych usługi medyczne są określane mianem świadczeń opieki zdrowotnej, których udzielenie jest podstawowym celem działalności leczniczej szpitali i innych podmiotów leczniczych. Obejmują one świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Ich charakterystykę prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka pojęć związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej

Rodzaje świadczeń	Charakterystyka
Świadczenia gwarantowane	Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.
Świadczenia specjalistyczne	Świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Świadczenia zdrowotne rzeczowe	Świadczenie związane z procesem leczenia, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze.
Świadczenia towarzyszące	Zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.
Świadczenia wysokospecjalistyczne	Świadczenia opieki zdrowotnej lub procedury medyczne spełniające łącznie następujące kryteria: a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych kwalifikacji osób udzielających świadczenia, b) koszt jednostkowy świadczeń jest wysoki.
Świadczenia zdrowotne	Działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Model wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego

Magdalena Kludacz-Alessandri – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych Politechniki Warszawskiej; specjalizuje się w tematyce rachunkowości finansowej i zarządczej podmiotów leczniczych; autorka licznych publikacji krajowych i zagranicznych w tym zakresie.

Książka przedstawia propozycję modelu wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa stacjonarnego w Polsce. Obejmuje on zarówno zasady ustalania kosztów świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitala, jak i rekomendacje w zakresie sposobu wyceny świadczeń zdrowotnych na poziomie centralnym – przez co może stanowić praktyczne narzędzie do gromadzenia, monitorowania kosztów, w szczególności analizy porównawczej, w procesie planowania strategicznego, a także do inicjowania działań prowadzących do optymalizacji kosztów i dostępności zasobów.

W opracowaniu szczegółowo omówiono m.in. takie zagadnienia, jak:

- ustalanie wartości oraz metod wyceny świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem metod kosztowych,
- analiza porównawcza metod wyceny świadczeń zdrowotnych w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów (ang. DRG),
- rozwiązania w zakresie rachunku kosztów z uwzględnieniem stopnia wykorzystania informacji kosztowych przez kierownictwo szpitali funkcjonujących w wybranych krajach europejskich,
- wpływ stosowanych rozwiązań w zakresie rachunku kosztów na dokonania szpitali i określenie czynników, które wpływają na jakość wyceny procesu leczenia pacjenta w szpitalach.

Publikacja przeznaczona jest dla menedżerów szpitali publicznych i niepublicznych odpowiedzialnych za wycenę procesu leczenia pacjenta i wszelkie decyzje, których trafność zależy od prawidłowo dokonanej wyceny. Zainteresuje także analityków oraz pracowników Ministerstwa Zdrowia i NFZ odpowiedzialnych za finansowanie podmiotów leczniczych, kształtowanie cen świadczeń zdrowotnych i regulacje prawne w tym zakresie. Adresatem książki są również główni księgowi i pracownicy działów finansowo-ekonomicznych odpowiedzialni za przetwarzanie informacji finansowych i medycznych na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych.



9788381070485 W01P01

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL
WWW.PROFINFO.PL

CENA 99 ZŁ (W TYM 5% VAT)

ISBN 978-83-8107-048-5



9 788381 070485



Wolters Kluwer