

**Ryszard Orliński**

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

---

## **KOSZTY I PRZYCHODY ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE WYBRANEGO ODDZIAŁU SZPITALNEGO**

---

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono problem prawidłowej wyceny procedur medycznych w ramach realizowanych świadczeń medycznych. Ustalone przez NFZ stawki nie pokrywają kosztów ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest pokazanie, na przykładzie wybranego oddziału szpitalnego, jakie są różnice w kosztach ponoszonych przez oddziały szpitalne i jakie są przychody z tytułu sprzedaży usługi medycznej, finansowanej przez NFZ.

**Słowa kluczowe:** świadczenia medyczne, procedura medyczna, koszt procedury, jednorodne grupy pacjentów

### **1. Wstęp**

Już w artykule 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską napisano, że „[...] zakłada się zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia [...]” [Nowacki 2000, s. 18], a tymczasem Polska, będąc pełnoprawnym członkiem Unii, dysponuje taką służbą zdrowia, której nie stać ani na leczenie pacjentów, ani na utrzymywanie jednostek ochrony zdrowia. Powyższe stwierdzenia są bardzo śmiałe, lecz obserwując realizowane przez ostatnie lata reformy w służbie zdrowia, dochodzi się właśnie do takich wniosków.

Celem artykułu jest przedstawienie wyceny świadczeń zdrowotnych w ujęciu NFZ oraz na poziomie zakładów opieki zdrowotnej realizujących świadczenia. Na potrzeby artykułu wykorzystano dane jednego z oddziałów szpitalnych. Badanie nie ma charakteru uogólniającego, lecz pokazuje na konkretnym przykładzie, jak realizowana jest wycena świadczonych procedur, na jakich zasadach się ona odbywa i jaki powoduje to skutek dla zakładów opieki zdrowotnej.

Dane empiryczne przedstawione w artykule stanowią materiał dowodowy, oparty na faktach, pochodzący z jednego z wielu badanych zakładów opieki zdrowotnej, ale dla dobra badanego zakładu jego dane adresowe nie będą ujawnione.

## 2. Ekonomiczne podstawy wyceny świadczeń medycznych

Gospodarowanie w opiece zdrowotnej, rozumiane jako działalność usługowa, polega na wykorzystaniu czynników świadczenia usług dla osiągnięcia zamierzonego celu działalności usługowej [Rój, Sobiech 2006, s. 14]. Gospodarowanie powinno więc być realizowane na „zdrowych” zasadach ekonomicznych. Gospodarowanie w działalności medycznej ma charakter działalności *non-profit*, tzn. działalności nieprzynoszącej zysku finansowego, lecz nadwyżkę przychodów nad kosztami, wykorzystywaną na cele statutowe zakładu. Ponadto ma ona przynosić korzyści w postaci pomocy chorym. W zakładach opieki zdrowotnej realizowane są świadczenia medyczne rozumiane jako świadczenia opieki zdrowotnej. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa je jako świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące [Ustawa o świadczeniach 2004, art. 5].

Świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania [Ustawa o świadczeniach 2004, art. 5]. Jednocześnie ustawa precyzuje pojęcie procedury medycznej jako podstawowej jednostki kalkulacyjnej, tzn. procedura medyczna to postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej i przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz środków pomocniczych [Ustawa o świadczeniach 2004, art. 5].

Zadaniem zarządzającego jest więc wycenić procedurę na podstawie struktury rzeczowej i z zastosowaniem ekonomicznych zasad i reguł. Zarządzający musi być świadomy, że ustawa mówi o świadczeniach gwarantowanych [Ustawa o świadczeniach 2004, art. 5], tj. świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Napisano wprawdzie o całościowym finansowaniu w ramach środków publicznych, to jednak nie wszystko może być finansowane, a zwłaszcza na takich zasadach, jak to widzi zakład opieki zdrowotnej.

Przystępując do wyceny procedury medycznej [Międzynarodowa... 1999], należy zidentyfikować koszty [Orliński 2006, s. 77–86] wyspecyfikowane w ramach struktury rzeczowej procedury. W rachunkowości finansowej koszty rozumiane są jako wyrażone wartościowo zużycie środków pracy, przedmiotów pracy oraz usługi obce i inne wydatki nie wyrażające zużycia, związane z normalną działalnością, udokumentowane i przypisane do okresu obrachunkowego [Matuszewicz 1995, s. 10]. Wyceniając procedurę medyczną, należy odpowiedzieć sobie na pytanie, na jakim poziomie kalkulujemy koszty – TKW, CKW czy KWS [Czubakowska, Gabrusewicz, Nowak 2006, rozdz. 5]. Wycena kosztowa operacyjna realizowana jest na poziomie technicznego kosztu wytworzenia (zrealizowania) procedury medycznej. Koszty te

korygowane są odpowiednio o koszty pośrednie [Orliński, 2006, s. 115–130], np. koszty ogólnego zarządu i koszty sprzedaży w celu ustalenia kosztu własnego sprzedaży procedury medycznej. Kalkulując koszt procedury medycznej należy pamiętać, że jest ona elementem w procesie leczenia i należy ją wkomponować w koszt świadczeń zdrowotnych realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej. Przyjmuje się przy tym założenie, że koszt pobytu pacjenta w szpitalu można złożyć z czterech podstawowych elementów, czyli z:

- kosztu opieki w oddziale – obliczanego jako iloczyn kosztu dziennego i liczby dni pobytu w oddziale,
- kosztu procedur medycznych świadczonych przez medyczne ośrodki usługowe,
- kosztu leków wydanych pacjentowi,
- kosztów innych świadczeń towarzyszących.

Kalkulując koszt złożony, np. koszt opieki na oddziale, należy uwzględnić wszystkie elementy kosztów prostych – kosztów rodzajowych, które wskazuje rozporządzenie [Rozporządzenie 1998]. Kalkulację procedur należy opierać na standardach medycznych, które obejmują:

- wskazania co do metod diagnostycznych (zalecania co do rodzaju badań, częstotliwości ich wykonywania),
- wskazania co do metod leczniczych (zalecania stosowania leków i dawek, metod niefarmakologicznych, w tym zabiegów i interwencji chirurgicznych),
- wskazania co do metod zapobiegawczych – programy profilaktyczne,
- wskazania co do kontroli procesu leczenia (badania kontrolne).

### 3. Wykorzystanie JGP do wyceny procedur medycznych

Koncepcja Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) została opracowana w końcu lat 70. XX stulecia w Stanach Zjednoczonych przez uczonych. Myślą przewodnią proponowanego systemu była standaryzacja produktów i usług medycznych, a także przyporządkowanie tym ostatnim jak najbardziej adekwatnych wartości zużycia poszczególnych zasobów materiałowych, rzeczowych, osobowych, a także finansowych.

W koncepcji JGP przyjęto założenie: mimo że każdy pacjent stanowi odrębny przypadek kliniczny, to sposób jego leczenia może mieć wiele cech wspólnych z przypadkami innych pacjentów, a tym samym poszczególne zasoby rzeczowe (sprzęt medyczny), materiałowe (leki, opatrunki, sprzęt jednorazowego użytku typu igły, strzykawki, a także żywność) oraz osobowe (pracownicy realizujący procedurę – lekarze, pielęgniarki) mogą być analogicznie wykorzystane w procesie leczenia. W konsekwencji rodzaj i wielkość kosztów generowanych w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz różnych pacjentów, ale co ważne, przyporządkowanych do tej samej JGP, są bardzo zbliżone [Macuda 2006].

Głównym kryterium klasyfikującym pacjentów w ramach JGP jest diagnoza medyczna, gdyż jest łatwo dostępna, odzwierciedla dużą liczbę informacji (choćby takich jak przyczyny i objawy choroby, możliwe sposoby jej leczenia itp.), a ponadto

jest zrozumiała oraz jednoznaczna z punktu widzenia technologii medycznych niezależnie od szpitala. W celu ustalenia przybliżonego zużycia zasobów niezbędnych w trakcie leczenia przyjęto dodatkowe kryterium, jakim jest czas pobytu pacjenta w szpitalu. Bierze się je pod uwagę ze względu na jego praktyczność. Korelacja między czasem pobytu a zużyciem jest wystarczająco wyraźna (dłuższy czas hospitalizacji pociąga za sobą wzrost zużycia leków, opatrunków, żywności, jak również wymaga zwiększenia czasu i wysiłku personelu medycznego).

Przyporządkowanie poszczególnych procedur odbywa się wg klasyfikacji ICD – 9 CM. NFZ określa na dany rok kwotę refundacji (czytaj – cenę) za punkt. Przy ustalaniu wartości punktu, bierze się pod uwagę wielkość grup, częstotliwość występowania jednostek chorobowych, stopień (ryzyko) powikłań oraz konieczność intensywnej terapii. Do zmiennych wpływających na koszt grupy należą: rozpoznanie, wykonane procedury, powikłania i choroby współistniejące, wiek pacjentów, tryb przyjęcia i czas pobytu. Istotnym elementem korygującym koszt są zasoby finansowe funduszu oraz możliwości ich rozdziału.

Szpital, chcąc otrzymać od płatnika środki finansowe, musi wykazać w systemie rozliczeniowym hospitalizację danego pacjenta, z konkretnym schorzeniem, w określonej sytuacji, przy uwzględnieniu dodatkowych elementów, takich jak wiek czy choroby współistniejące lub powikłania.

#### 4. Wycena procedur wg świadczeniodawcy

Na potrzeby artykułu badaniem objęto oddział neurologiczny w dużym szpitalu wieloprofilowym. Na oddziale tym są hospitalizowani i leczeni pacjenci z chorobami układu nerwowego, przypisanymi do sekcji A, oraz z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, przypisanymi do sekcji H. Oddział posiada 70 łóżek, a rocznie przyjmuje ok. 3 tys. pacjentów, których pobyt na oddziale bywa dłuższy lub krótszy, w zależności od trybu przyjęcia pacjenta i rodzaju jednostki chorobowej. Średnia, roczna liczba osobodni na oddziale wynosi 22 tys. Przychody ze sprzedaży usług pochodzą w 95% od płatnika instytucjonalnego, jakim jest NFZ. Z zestawienia kosztów całkowitych wynika, że 75% kosztów stanowią koszty bezpośrednie leczenia oraz koszty pośrednie oddziału.

Analizowane jednostki chorobowe wycenione zostały przez badany szpital wg rzeczywistych kosztów poniesionych na oddziale w minionych okresach sprawozdawczych. Przy rozliczaniu przychodów i kosztów dało się zauważyć różnice niekorzystne dla badanego oddziału. Punktacja przewidziana dla procedur ma charakter stały i nie podlega negocjowaniu z NFZ. Przyznana kwota za punkt wynosi 51. Dla niektórych procedur wartość punktowa została ustalona np. na poziomie 18 punktów, inne natomiast skalkulowano na 162 punkty. Oczywiście ma to związek z pracochłonnością oraz zużyciem materiałowym i sprzętowym. Używając przelicznika systemu JGP, fundusz wypłaca oddziałowi odgórnie – na podstawie przedstawionych przypadków chorobowych – ustaloną kwotę za procedury i świadczenia zdro-

wotne. Tabela 1 zawiera przykładowe jednostki chorobowe oraz rozliczenia kosztowo-przychodowe za badany okres.

**Tabela 1.** Zestawienie wybranych procedur medycznych realizowanych w badanym oddziale

Kod	Nazwa JGP	Przychód z NFZ wg stawek za punkt	Koszty świadczenia ustalone przez szpital	Różnica
5.51.01.0001031	A31 choroby nerwów obwodowych	918,00	1 038,15	-120,15
5.51.01.0001034	A34 guzy mózgu	4 494,38	5 082,60	-588,22
5.51.01.0001035	A35 choroby zwyrodnieniowe OUN	3 162,00	3 575,84	-413,84
5.51.01.0001045	A45 choroby naczyń mózgowych – leczenie zachowawcze	2 859,00	3 233,18	-374,18
5.51.01.0001049	A49 udar mózgu – leczenie > 3 dni	4 039,49	4 568,17	-528,68
5.51.01.0001056	A56 choroby nerwów czaszkowych	1 683,00	1 903,27	-220,27
5.51.01.0001057	A57 choroby zapalne układu nerwowego	3 927,00	4 400,96	-513,96
5.51.01.0001067	A67 padaczka – diagnostyka i leczenie >3dni	4 041,75	4 570,73	-528,98
5.51.01.0001087	A87 inne choroby układu nerwowego	1 568,34	1 793,96	-207,62
5.51.01.0001088	A88 choroby infekcyjne kości i stawów	3 366,00	3 806,54	-440,54

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji badanego szpitala.

W tabeli 1, dla zobrazowania problemu, przedstawiono tylko wybrane procedury objęte badaniem. Analiza wszystkich procedur zrealizowanych w badanym okresie na tym konkretnym oddziale wykazała, że ich koszt był równy kwocie 123 014,85, podczas gdy przychody uzyskane ze sprzedaży świadczeń od płatnika instytucjonalnego wyniosły 108 778,07, co oznacza, że szpital poniósł stratę (koszty nie pokryte przychodami) na kwotę 14 236,78, tylko na pojedynczych procedurach. Zważywszy, że większość procedur była realizowana wielokrotnie na rzecz różnych pacjentów (np. A31 – 4 razy, A49 – 107 razy czy też A67 – 24 razy), koszty niewyrównane przychodami wyniosły w analizowanym półroczu ogółem – 261 284,23. Należy zaznaczyć, że analizie poddano tylko jeden oddział szpitalny, podczas gdy w szpitalu jest ich dziewięć. Oczywiście nie wszystkie oddziały są tak deficytowe, ale można sobie wyobrazić skalę problemu.

## 5. Skąd bierze się zadłużenie szpitali?

Co więc oznacza brak pokrycia kosztów przychodami ze sprzedaży? Odpowiedź jest bardzo prosta – brak wpływu środków pieniężnych, a pracownikom trzeba, niestety, płacić za pracę. Zobowiązania wobec dostawców materiałów także trzeba realizować, i to terminowo, inaczej pojawi się groźba odsetek karnych. Inne

koszty świadczenia usług szpital też musi ponosić, tymczasem w kasie szpitalnej brakuje środków.

Jeśli więc szpital nie płaci na czas swoich zobowiązań, to popada w zadłużenie. Już w 2008 r. pisano, że „[...] w ciągu ostatnich trzech lat zadłużenie szpitali publicznych w Polsce wzrosło o ponad 20%. Prawie co dziesiąty szpital publiczny ocenia swoją sytuację finansową jako bardzo złą, natomiast w co drugim z nich koszty przekroczyły przychody” [Dudzisz 2008]. Tymczasem w niektórych czasopismach pojawiają się ostatnio artykuły optymistyczne, pisane na podstawie wypowiedzi Pani minister zdrowia, że „[...] zadłużenie publicznej służby zdrowia na koniec 2009 r. wynosiło 9,36 mld zł, i oznacza to spadek zadłużenia szpitali o ponad 2%” [„Rzeczpospolita” 2010]. Czy to prawda? A może to tylko marketingowe wypowiedzi rządzących?

Menedżerowie opieki zdrowotnej widzą ten problem inaczej: „[...] zadłużanie się szpitali ma właściwie tylko dwie główne przyczyny. Jedną jest przyczyna »zewnątrzna«, czyli nieodpowiednie (zaniżone) finansowanie świadczeń zdrowotnych. Druga, »wewnętrzna« – złe zarządzanie szpitalami” [Bukiel 2005].

Pisząc więc o wycenie świadczeń zdrowotnych, dotykamy bardzo ważnego problemu kalkulacji kosztów przez zakład opieki zdrowotnej i wyceny świadczonych usług, realizowanej przez NFZ na podstawie posiadanych środków pieniężnych, a nie na podstawie rzeczywiście ponoszonych kosztów. Wspomniane wyżej prawidłowe lub złe zarządzanie szpitalem oznacza umiejętność identyfikowania i ograniczania kosztów do niezbędnych dla potrzeb realizowanych procedur medycznych. Wystąpienie kosztów oznacza udokumentowanie i zasadne zastosowanie na podstawie standardów medycznych, które nadal są niedopracowane.

## 6. Podsumowanie

Zadaniem tekstu było przedstawienie problemu kalkulacji kosztów procedur medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej oraz stosowania ujednoczonych zasad wyceny świadczeń. Na prostym przykładzie jednego oddziału dało się zauważyć różnice w kwotach, często znaczne, które biorą się ze złego traktowania szpitali przez NFZ (dyktatura monopolu). Jeżeli bowiem chcemy rozmawiać ze szpitalem jak z partnerem biznesowym, to traktujmy go rynkowo, jeżeli zaś nas nie stać na to jako państwa, spróbujmy znaleźć inne formy finansowania lub nakłońmy szpitale do racjonalnego i efektywnego zarządzania posiadanymi zasobami.

## Literatura

- Bukiel K., *Oczekiwania społeczne a możliwości polskiej służby zdrowia*, wystąpienie przewodniczącego OZZL w czasie Forum Gospodarczego w Ciechocinku, 15.03.2005, <http://www.lekarzypolski.pl>.  
Czubakowska K., Gabrusewicz W., Nowak E., *Podstawy rachunkowości zarządczej*, PWE, Warszawa 2006.

- Dudzisz A., *Zadłużone szpitale*, <http://www.opieka.senior.pl>.
- Macuda M., *Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii*, w: *Prace Katedry Rachunkowości z okazji jubileuszu 75-lecia*, red. W. Gabrusewicz, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, nr 82, Poznań 2006.
- Matuszewicz J., *Rachunek kosztów*, Wydaw. Finans-Servis, Warszawa 1995.
- Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
- MZ, *Maleje zadłużenie publicznych szpitali*, „Rzeczpospolita”, dodatek „Rynek Zdrowia”, 20.02.2010.
- Orliński R., *Kwalifikowanie i rozliczanie kosztów pośrednich w zakładach opieki zdrowotnej*, ogólnopolski zjazd katedr rachunkowości, Wisła 2006, w: *Standardy rachunkowości wobec wyznań współczesnej gospodarki*, t. 3, oprac. zbior. pod red. Z. Messnera, Prace naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach 2006.
- Orliński R., *Strukturalizacja kosztów jakości usług medycznych*, konferencja naukowa „Koszty w zarządzaniu przedsiębiorstwem. Standardy międzynarodowe”, Wydział Zarządzania Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, materiały konferencyjne, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2006.
- Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 164, poz. 1194).
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
- Traktat o Unii Europejskiej (TUE) – Traktat z Maastricht z dnia 7 lutego 1992 r., cyt. za: W. Nowacki, *Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia*, Wydaw. COiEOZ, Warszawa 2000.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

## THE COSTS AND REVENUES OF MEDICAL SERVICES USING THE EXAMPLE OF A CHOSEN HOSPITAL WARD

**Summary:** The article presents the issue of accurate evaluation of medical procedures within the scope of medical benefits. Rates established by the National Health Service do not cover the costs of health care facilities. This article aims to show by means of an example of a selected ward of a hospital (financed by the NHS) the differences in the costs incurred by hospital departments, and the revenues from the sale of medical services.