

Joanna Kogut

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

ŚCIEŻKA WDROŻENIOWA RACHUNKU KOSZTÓW LECZENIA SZPITALNEGO

1. Wstęp

Kontraktowanie świadczeń medycznych oferowanych przez zakłady opieki zdrowotnej w Polsce polega obecnie na zawieraniu umów o świadczenie usług medycznych na podstawie konkursów ofert. Przedmioty konkursu ofert, określane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, stanowią zagregowane usługi w poszczególnych specjalnościach medycznych.

Świadczeniodawcy w wyznaczonych terminach składają oferty¹, które zawierają określone warunki:

- dostępność do świadczeń,
- kwalifikacje osób udzielających świadczenia,
- zakres procedur medycznych i badań diagnostycznych wykonywanych przez oferenta oraz ich kompleksowość,
- warunki techniczno-lokalowe,
- wyposażenie/dostęp do aparatury i sprzętu.

Jednak najważniejszym elementem każdej oferty jest podanie liczby i jednostkowych cen przedmiotów konkursu, które są następnie negocjowane. Negocjacje te nie są jednak *de facto* negocjacjami w powszechnym tego słowa znaczeniu. Powinny to bowiem być pertraktacje równorzędnych partnerów, mających odpo-

¹ Rozumie się przez to ofertę w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, złożoną przez oferenta zgodnie z przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w ogłoszeniu o postępowaniu (w formach pisemnej i elektronicznej).

wiednią wiedzę o rzeczywistych kosztach przedmiotu negocjacji; jednak w praktyce tak nie jest, gdyż wiedza ta nie jest udziałem żadnej ze stron.

Świadomość takiego stanu rzeczy coraz bardziej dociera do decydentów, szczególnie świadczeniodawców, gdyż to do nich należy poszukiwanie narzędzi zmian, zwłaszcza organizacyjno-ekonomicznych, mogących odmienić trudną sytuację finansową zakładu, a niekiedy wręcz jego zapaść, objawiającą się brakiem płynności finansowej, niewypłacalnością i rosnącym zadłużeniem [2, s. 3].

Z tych powodów stało się koniecznością policzenie rzeczywistych kosztów realizowanych usług medycznych i opracowanie według nich realistycznego cennika, będącego podstawą ekonomicznej egzystencji na rynku. Tak wyznaczony cel wymaga jednak przyjęcia skutecznej metodologii wdrożenia, prowadzącego do obliczenia rzeczywistych kosztów leczenia.

2. Wdrożenie rachunku kosztów leczenia szpitalnego

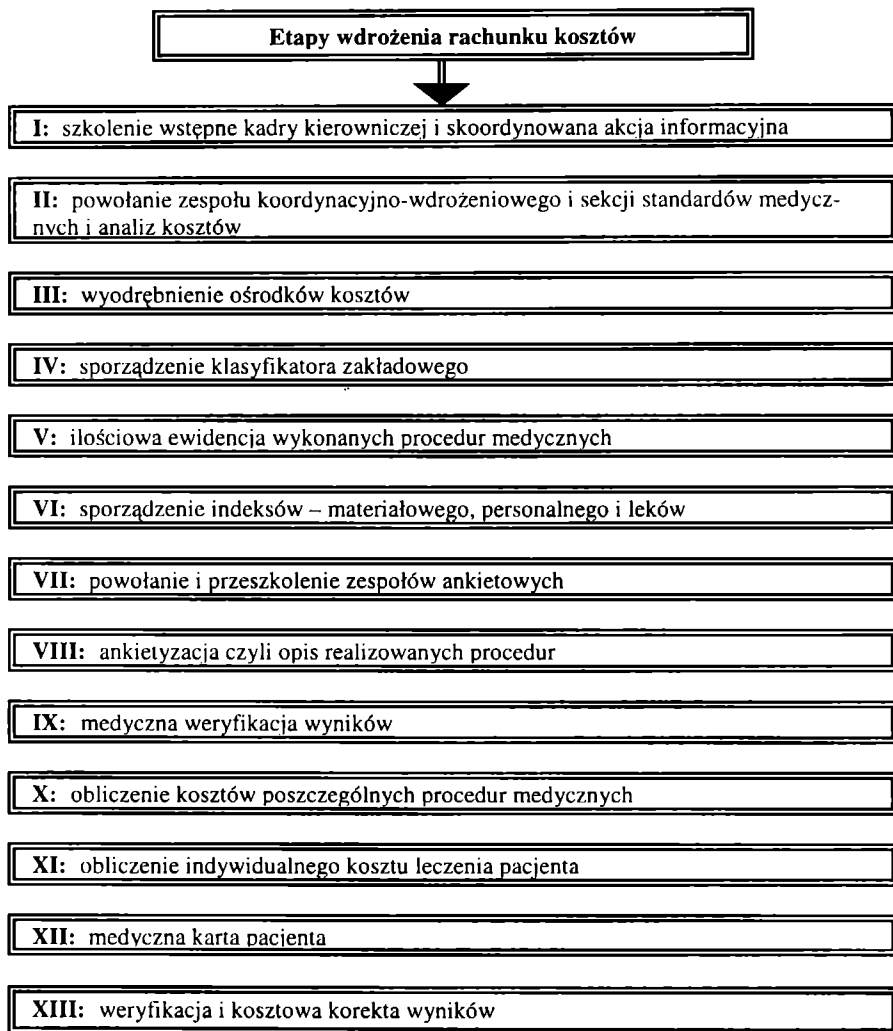
Koncepcja rachunku kosztów leczenia szpitalnego pojawiała się pod koniec 1996 r. w ówczesnym województwie olsztyńskim. Dyrekcja jednego z miejskich szpitali podjęła decyzję o wdrożeniu rachunku kosztów, licząc na wypracowanie jednolitej metodologii obliczania kosztów jednostkowych procedur medycznych, a zatem i kosztów leczenia określonego pacjenta. Na podstawie kilku lat doświadczeń i praktyki metodologia ta została dopracowana i udoskonalona. Dotyczy ona leczenia szpitalnego, ale podobna metodyka odnosi się do kosztów leczenia pacjentów ambulatoryjnych (rys. 1).

Szkolenie wstępne kadry kierowniczej i skoordynowana akcja informacyjna. Powodzenie wdrożenia rachunku kosztów zależy w dużej mierze od poziomu akceptacji proponowanych zmian w sposobie ewidencji i przetwarzania danych oraz zmian organizacyjnych.

Szkolenie kadry, od której w znacznej mierze zależy klimat planowanego wdrożenia, powinno mieć na celu przekonanie pracowników do proponowanych zmian i pozyskanie ich do tego przedsięwzięcia. Wynika to zarówno z indywidualnych nawyków i rutyny decydentów, często nie tolerujących żadnych zmian, jak i z historycznie ukształtowanych stosunków w służbie zdrowia, stanowiących istotny problem w dążeniu do rzeczywistej integracji środowiska. Do tego dochodzi niewłaściwie przeszkolona, merytorycznie słaba kadra zarządzająca, brak menedżerów zawodowych z doświadczeniem w branży. Od przełamania tych barier zależy powodzenie lub klęska nawet najlepiej przygotowanych programów, projektów i reform w systemie opieki zdrowotnej.

Z powyższych uwag wynika, że warunkiem koniecznym skutecznego wdrożenia rachunku ekonomicznego, w tym rachunku kosztów, jest stworzenie w służbie zdrowia profesjonalnej kadry menedżerskiej, metodologicznie przeszkolonej, apo-

litycznej, o dobrym przygotowaniu ekonomicznym, z praktyką zawodową na stanowiskach kierowniczych o zbliżonym profilu [2, s. 4-5].



Rys. 1. Etapy wdrożenia rachunku kosztów leczenia szpitalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [1, s. 49-78].

Wdrożenie, o którym mowa, wymaga pełnego zaufania i koncentracji całej załogi. Skoordynowana akcja informacyjna ma na celu nie tyle szkolenie, ile przeko-

nanie samej załogi do koniecznych zmian. Sprzyjająca wdrożeniu atmosfera da zdecydowanie lepsze i obiektywne wyniki procesu.

Odbiorcami informacji na różnych etapach wdrożenia są:

- zarządzający,
- zespoły wdrożeniowe,
- kadra kierownicza,
- główni księgowi,
- ankieterzy i respondenci,
- operatorzy programów.

Powołanie zespołu koordynacyjno-wdrożeniowego i sekcji standardów medycznych i analiz kosztów. W celu sprawnego wdrożenia rachunku kosztów oraz zinstytucjonalizowania działań należy powołać zespół koordynacyjno-wdrożeniowy i sekcję standardów medycznych i analiz kosztów.

Bardzo ważne jest, aby dokładnie określić zadania poszczególnych członków tych grup, etapy realizacji zadań cząstkowych, harmonogram prac oraz zarys organizacji zbierania i przetwarzania danych. W składzie ww. zespołu powinny się znaleźć osoby ze ścisłego kierownictwa. Niezależnie od zespołu należy powołać sekcję standardów medycznych i analiz kosztów, która zajmowałaby się roboczą realizacją zadań. W początkowym etapie może to być jeden z pracowników np. działu organizacji i nadzoru. Docelowy model komórki standardów i analiz zależy oczywiście od organizacji pracy i przydzielonych zadań.

Wyodrębnienie ośrodków kosztów. Celem tego etapu jest wyselekcjonowanie z działalności jednostki istotnych miejsc powstawania kosztów z uwzględnieniem istotności ekonomicznej wyodrębnienia oraz odrębności realizowanych procedur medycznych.

Każdy wyodrębniony ośrodek kosztów powinien mieć własny, indywidualny, niepowtarzalny kod, zgodny z zakładowym planem kont.

W celu uzyskania większego efektu indywidualizacji kosztu należy wyodrębnić możliwie dużą liczbę ośrodków; nie może ona jednak powodować „zatykania” kanałów przepływu informacji.

Sporządzenie klasyfikatora zakładowego. Zbiorczy klasyfikator zakładowy zawiera indywidualne klasyfikatory poszczególnych ośrodków kosztów. Klasyfikatory te obejmują wszystkie procedury medyczne realizowane w zakładzie (według ośrodków proceduralnych) w danym czasie.

W celu zapewnienia porównywalności danych dotyczących różnych zakładów należy posłużyć się jednolitą klasyfikacją procedur medycznych. W tym celu wykorzystuje się opracowane odrębnie klasyfikacje medyczne:

- międzynarodową klasyfikację procedur medycznych,

- klasyfikację procedur laboratoryjnych,
- klasyfikację procedur fizykoterapii,
- klasyfikator znieczuleń jako pomocniczą procedurę opisu procedur bloków operacyjnych.

W związku ze zmiennością techniki, technologii medycznych, stosowanych materiałów, sprzętu i aparatury klasyfikatory te wymagają ciągłej aktualizacji. Dzięki analizowaniu technologii procedur eliminuje się te, które nie odpowiadają szybkiemu postępowi w medycynie.

Ewidencja liczbowa wykonanych procedur medycznych. Po wyborze zbioru procedur medycznych prowadzi się ewidencję wykonanych procedur. Służy ona ciągłej weryfikacji klasyfikatora i obliczeniu kosztu jednostkowego realizowanych procedur. Z punktu widzenia medycznego jest przydatna do wielu innych celów statystyczno-demograficznych, obrazujących stan zdrowia społeczności. Zapewnia informacje dotyczące rynku medycznego, dostępności usług, tendencji w tym zakresie itp.

Sporządzenie indeksów: materiałowego, personalnego i leków. Z punktu widzenia przetwarzania danych w systemie komputerowym bardzo przydatne jest opracowanie w każdej jednostce indeksów materiałów, leków i pracowników. Są to kody liczbowe lub oznaczenia alfanumeryczne. Jednoznaczne bowiem przypisanie symboli poszczególnym pozycjom, umożliwi automatyczne pobieranie, przez program komputerowy danych, w sposób wykluczający wygenerowanie niewłaściwego kosztu. Umożliwia to szybką weryfikację cen i płać oraz sprawne wprowadzenie zmian wynikających z nowych pozycji. Decyzja o szczegółowości poszczególnych indeksów powinna być podyktowana względami zarówno merytorycznymi, jak i ekonomicznymi. Sam sposób oznaczenia kodów powinien być czytelny i zrozumiały dla użytkownika [1, s. 55].

Powołanie i przeszkolenie zespołów ankietowych. Etap ten polega na wyborze zazwyczaj dwuosobowych zespołów, składających się – z założenia – z pracowników medycznych. Są to osoby wykonujące procedury lub uczestniczące bezpośrednio w ich wykonywaniu. Dobór członków zespołu musi być bardzo wnikliwy i odpowiedzialny, ponieważ od wyników ich pracy zależy w znacznej mierze efekt całego wdrożenia.

Pierwszą czynnością po powołaniu zespołów ankietowych jest ich profesjonalne i bardzo szczegółowe przeszkolenie. Niezwykle istotne jest również zapewnienie zespołom stałej konsultacji fachowej w trakcie procesu ankietyzacji.

Poza tym ważne jest przyjęcie jednolitej metodologii i posługiwanie się ujednoliconym nazewnictwem przez wszystkich ankietów, gdyż tylko takie podejście

może przynieść porównywalne dane i ograniczyć błędy. Chodzi tu głównie o jednoznaczne rozumienie pojęć z dziedziny medycyny i ekonomii.

Ankietyzacja, czyli opis realizowanych procedur. Kolejny krok to zbieranie danych o bezpośrednich kosztach procedur medycznych w rozmowach ankieterów z profesjonalistami medycznymi wyznaczonymi przez zakład. Ankietyzacja polega na opisanu standardowego przebiegu każdej procedury z uwzględnieniem zużytego materiału i sprzętu oraz pracy osób ją wykonujących.

Procedura postępowania ankieterów opisujących procedury medyczne obejmowała przede wszystkim:

- wnikliwą ocenę wszystkich czynności, takich jak przygotowanie pacjenta do wykonania procedury, przeprowadzenia i opisanie jej wyników,
- precyzyjne określenie wszystkich zasobów rzeczowych i osobowych oraz dokładne ich policzenie,
- opisywanie typowej metody postępowania (tzw. standardu postępowania) [4, s. 66-67].

Wycena wpisanych pozycji pozwala określić koszty bezpośrednie – normatywne – procedur, będące podstawą dalszych działań, określających ostatecznie indywidualny koszt leczenia pacjenta (odpowiednio do danej jednostki chorobowej).

Niezwykle istotne jest, aby w trakcie ankietyzacji nie pominięto żadnego, choćby najmniejszego częściowego kosztu. Pominięcie go bowiem wypaczałoby koszt jednostkowy procedury. Pomnożony przez liczbę wystąpień dałby on fałszywy obraz kosztów, co w skali roku sprowadzałoby się do bardzo znacznych sum.

Medyczna weryfikacja wyników. Etap ten polega na weryfikacji wyników opisu realizowanych procedur medycznych. Powinno się ją prowadzić na bieżąco, zarówno w trakcie ankietyzacji, czyli procesu opisywania technologii wykonania, jak i po zakończeniu opisu.

Medyczna weryfikacja wyników dotyczy opisu procedur medycznych, standardów postępowania medycznego, standardów leczenia farmakologicznego i wszelkich innych ścieżek z zakresu medycyny oraz z pogranicza medycyny i ekonomii. Weryfikacja ta polega na kilkakrotnym sprawdzeniu sporządzonych ankiet, a mianowicie:

- przez osoby sporządzająceankiety (przez wyeliminowane braków dotyczących indeksów, nazw, jednostek miary itp.),
- przez wykwalifikowane osoby znające dobrze procedury medyczne pod kątem kompletności dotyczących ich materiałów i robocizny,
- przez osoby niosące dane do programu komputerowego,
- przez porównanie cen procedur medycznych o zbliżonych technologiach wykonania.

Jest to bardzo ważny etap, gdyż pominięcie jakiegokolwiek elementu procesu leczenia i jego kosztu, jak również sztuczne zawyżanie kosztu, spowodowane nierzetelnym lub niedokładnym opisem procesu leczenia, powoduje ujemne skutki, także finansowe.

Obliczenie kosztów poszczególnych procedur medycznych. Do obliczenia jednostkowych kosztów procedur medycznych niezbędne są informacje statystyczne, medyczne i ekonomiczne. Algorytm postępowania jest następujący:

1) na podstawie danych z ankiet oraz indeksów następuje obliczenie kosztów bezpośrednich w podziale na materiały i robociznę;

2) na podstawie kosztów bezpośrednich poszczególnych procedur medycznych oraz statystyki ich wystąpień ustala się proporcje między wszystkimi procedurami wykonywanymi w danym ośrodku kosztów;

3) na podstawie obliczonych proporcji między procedurami medycznymi oraz kosztów danego ośrodka kosztów ustala się koszt rzeczywisty materiałów i płac i dodaje do nich pozostałe koszty według proporcji przyjętych w podziale materiałów i płac.

Obliczenie indywidualnego kosztu leczenia pacjenta. Po obliczeniu kosztów procedur medycznych następuje obliczenie kosztów osobodni na poszczególnych oddziałach i kosztów leków zaordynowanych pacjentom.

Obliczenie indywidualnego kosztu leczenia pacjenta jest bardzo istotne ze względu na to, iż każdy pacjent wymaga różnych nakładów finansowych na leczenie, różnego wysiłku personelu. Na indywidualny koszt leczenia szpitalnego pacjenta składają się trzy podstawowe moduły:

- procedury medyczne zastosowane w procesie leczenia,
- leki wydane pacjentowi podczas pobytu w szpitalu,
- koszt opieki (tzw. koszty hotelowe, np. centralne ogrzewanie, woda, prąd, gaz, pralnia, kuchnia,).

Indywidualny koszt leczenia jest obliczany podczas wypisywania medycznej karty pacjenta [1, s. 70-76].

Medyczna karta pacjenta (MKP). Jest ona narzędziem gromadzącym wszelkie informacje dotyczące procesu leczenia jednostki chorobowej u określonego pacjenta. Ma za zadanie stworzenie pełnego obrazu drogi pacjenta przez szpital, pozwalającego indywidualizować koszty leczenia w ramach jednostek chorobowych. Staje się więc głównym narzędziem informacji, będącym podstawą rozliczeń i racjonalizacji wykorzystania posiadanych środków. Pozwala indywidualizować koszty leczenia w wymagalnym układzie: zastosowane procedury, leki i opieka. W sprawnie funkcjonującym systemie dopiero zamknięcie MKP pozwala uruchomić proces wypisu pacjenta ze szpitala.

Weryfikacja i kosztowa korekta wyników. Powodzenie na rynku usług medycznych zależy przede wszystkim od wizerunku świadczeniodawcy i konkurencyjności cenowej realizowanych usług. Konkurencyjność jednak jest tylko wtedy możliwa, gdy następuje ciągła weryfikacja i korekta kosztów, dokonywana zarówno przez osoby uczestniczące w opisie, jak i w wycenie procedur. Daje to gwarancję obiektywnego i merytorycznego podejścia do ograniczania kosztów jednostkowych.

Uczestnicy ankietyzacji i wyceny najlepiej wiedzą, gdzie jest możliwe uruchomienie rezerw bez jego negatywnego wpływu na poziom realizowanych usług. Mogą też w razie wątpliwości korzystać z opinii konsultantów poszczególnych specjalności. Podobna metodologia będzie stosowana na etapie eksploatacji systemu, z wykorzystaniem stworzonych kosztowych baz danych, przez administratorów tychże baz [2, s.14-15].

3. Efekty wdrożenia rachunku kosztów

Wdrożenie rachunku kosztów, a w związku z tym możliwość kalkulacji kosztów leczenia indywidualnego pacjenta, niesie za sobą wiele korzyści, a mianowicie:

- uzyskanie informacji o szczegółowych kosztach leczenia pacjentów, stanowiące podstawę rozliczeń zakładu z dysponentem środków,
- możliwość oceny efektywności ekonomicznej różnych terapii,
- porównywanie ekonomicznej efektywności leczenia w różnych zakładach,
- wykorzystanie informacji o kosztach leczenia jednostek chorobowych w planowaniu wydatków na podstawie tendencji w zmianach stanu zdrowotności populacji objętej opieką medyczną,
- gromadzenie danych statystycznych umożliwiających opracowanie wersji skal ocen punktowych.

Wszystkie te korzyści przyczyniają się do poprawy racjonalizacji zarządzania i sprawniejszego gospodarowania zasobami. Powoduje to likwidację przejawów marnotrawstwa i niegospodarności, co stopniowo obniża koszty leczenia. Przykładem może być opracowanie receptariusza szpitalnego² – jednego z praktycznych sposobów wprowadzenia zasad racjonalnej farmakoterapii.

Informacje o kosztach leczenia powinny być przekazywane również personelowi medycznemu. Może on wprowadzać, bez szkody dla pacjenta, wiele zmian oszczędnościowych, takich jak:

- skracanie pobytu chorego,
- poprawa jakości usług medycznych,

² Wykaz preparatów farmakologicznych dopuszczonych do stosowania na terenie danego szpitala.

- wykonywanie wielu zabiegów w warunkach ambulatoryjnych,
- wybór tańszych, ale równie skutecznych procedur medycznych,
- eliminacja procedur przestarzałych, nieskutecznych,
- wykorzystywanie wyników badań wykonanych przed przyjęciem do szpitala itp.

Dokładna kalkulacja kosztów stanowi ponadto podstawę ustalenia cen jednostkowych wykonywanych usług, co pozwala na ich sprzedaż i negocjacje z innymi podmiotami.

Literatura

- [1] Gajek F., *Nowy rachunek kosztów w opiece zdrowotnej*, Key Text, Warszawa 1999.
- [2] Grubecki T., *Ścieżka wdrożeniowa rachunku kosztów leczenia szpitalnego według jednostek chorobowych ICD 10*, „Antidotum” 2003 nr 01.
- [3] Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, UWM „Vesalius”, Kraków 1999.
- [4] Marcinkowska B., Marcińczuk-Piech G., Szymankiewicz-Czużdaniuk J., *Rachunek kosztów leczenia szpitalnego w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie*, [w:] *Rachunek kosztów usług medycznych i zarządzania finansami w ochronie zdrowia*, red. M. Hass-Symotiuk, Materiały na ogólnopolską konferencję naukową nr 57, Szczecin, 29-30 listopada 2000.
- [5] *Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych*, UWM „Vesalius”, Kraków 1999.
- [6] Rozporządzenie MZiOS w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998 nr 164, poz. 1194.

IMPLEMENTATION PATH OF HOSPITALISATION COST ACCOUNT

Summary

The objective of the hereby paper is to present implementation path of hospitalization cost account. The steps of elaborating new measuring instruments were presented in the form of subsequent stages, which can be accepted as methodology procedures in the implementation and utilization of cost account with reference to both hospitalization and outpatient costs, pursuant to the regulation. Each stage consists of certain activities and provides essential information for calculating individual patient's treatment costs, which is the objective of cost account implementation. The recipients of such information at particular implementation stages become both executives, implementation teams, medical and non-medical management staff, accountants, interviewers and program operators. However, the implementation as such and the application of cost account is not an objective in itself, since it offers many advantages for the units, improving their economic situation and their competitiveness at the market of medical services.