

*Henryk Mikulski**

KOSZTY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA JAKO GŁÓWNY SKŁADNIK CENOWEJ FORMUŁY USŁUG ZDROWOTNYCH

1. WPROWADZENIE

System ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce praktycznie nie istnieje, a działalność resortu zdrowia od kilku lat przeżywa kryzys. Jest on spowodowany m. in. wysoką inflacją (szczególnie w latach 1989–1990), recesją gospodarczą, zmniejszeniem realnych dochodów państwa, obniżeniem wieku emerytalnego oraz zmianami demograficznymi (wzrost liczby osób w wyższych przedziałach wieku – starzenie się społeczeństwa). Przede wszystkim jednak na „zapaść” opieki zdrowotnej wpłynęły przemiany systemowe. Zmniejszyły się znacznie dochody tzw. sfery budżetowej i pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach państwowych. Pracodawcy prywatni, którzy w swoich firmach aktualnie zatrudniają przeszło 50% pracujących, starają się unikać wysokich obciążeń na ZUS i budżet. Zmniejsza to dochody tego systemu, co przy stale zwiększających się wydatkach wymusza podwyższanie składek i dotacji z budżetu.

W gospodarce centralnie sterowanej powszechny był pogląd o konieczności zapewnienia przez państwo nie tylko minimum pomocy dla najuboższych warstw, lecz pełnej opieki medycznej dla wszystkich obywateli. Obecnie, pomimo zmian koncepcji państwa, w społeczeństwie pozostały rozbudowane oczekiwania wszystkich świadczeń medycznych i pełnej opieki ze strony państwa (bezpłatnej służby zdrowia).

* Dr, adiunkt w Katedrze Finansów i Bankowości UŁ.

Rzecz jednak w tym, że system taki ogranicza przedsiębiorczość i powoduje nieracjonalne wykorzystanie potencjału medycznego, ogranicza postęp w dziedzinie jakości usług i wprowadzenie nowych technologii leczenia. W nowoczesnym systemie państw wysoko rozwiniętych ochrona zdrowia jest organizowana przez państwo w zakresie podstawowych usług medycznych. Ich lista zależy od stopnia zamożności całego społeczeństwa i aktualnej polityki społecznej państwa. Dążąc do zapewnienia na najwyższym poziomie usług zdrowotnych każda osoba indywidualnie wykazuje inicjatywę i ubezpiecza się dodatkowo. Pracodawcy są również zainteresowani oferowaniem dodatkowych systemów ubezpieczeń dla swoich pracowników. Państwo wykorzystuje w tym celu przepisy podatkowe i zachęca do lokowania środków w fundusze emerytalne i ubezpieczenia zdrowotne, jest to bowiem równocześnie najkorzystniejszą formą inwestycji z punktu widzenia ekonomicznych interesów państwa.

W większości krajów, w których system opieki zdrowia jest oparty na zasadach odpłatności za świadczone usługi, powstał problem wyceny tych usług, a w konsekwencji kosztów funkcjonowania całego systemu.

Koszty usług zdrowia są jednym z głównych problemów, który towarzyszy w Polsce wszelkim dyskusjom o reformie opieki medycznej. Jest to klucz całkowitej, a nawet częściowej komercjalizacji tego działu gospodarki narodowej.

Wśród problemów ekonomicznych opieki zdrowotnej na czoło wysuwają się koszty działalności szpitali. Praktycznie biorąc istnieje o nich bardzo mało informacji. Dotychczasowy system sprawozdawczości i obiegu informacji nie pozwalał na uchwycenie kosztów w miejscu ich powstawania, a uogólniał je na całą jednostkę terytorialną. Dochodziło do poważnych paradoksów. Wiadomo było, ile kosztuje łóżko czy osobodzień średnio w szpitalu w danym województwie, ale nie znano tych kosztów w konkretnym szpitalu, czy oddziale szpitalnym. Dopiero zarządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczególnych zasad ewidencji dochodów i kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej obliguje do prowadzenia takiego rachunku od 1 stycznia 1993 r. Powstaje w tym miejscu pytanie czy na dzień dzisiejszy system opieki zdrowia jest przygotowany do wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych opartych na szacowaniu ryzyka zdrowotnego?

2. METODA BADANIA

W ośrodku łódzkim od kilku lat są prowadzone badania kosztów funkcjonowania placówek służby zdrowia. Dysponuje on zbiorem informacji dotyczących wszystkich szpitali Kolejowej Służby Zdrowia, która jako

pierwsza w kraju pilotażowo wdrażała system liczenia kosztów według miejsc ich powstawania. Stworzony system rozliczeń kosztów został nastawiony na racjonalizację zarządzania szpitalem na drodze rozliczania poszczególnych procedur medycznych (epizodów choroby). Badanie było próbą ujęcia pełnych kosztów leczenia szpitalnego z uwzględnieniem amortyzacji środków trwałych, kosztów usług transportowych, kosztów krwi oraz innych dóbr i usług otrzymywanych bezpłatnie z darów czy świadczeń od przedsiębiorstwa PKP. Badanie to obejmowało 17 szpitali. Do analizy kosztów zastosowano następujący algorytm:

1. Określenie pełnego kosztu funkcjonowania szpitala przez uchwycenie dotychczas pomijanych składników kosztów, takich jak: usługi transportowe, amortyzacja budynków, amortyzacja sprzętu medycznego, utrzymanie i konserwacja budynków, telekomunikacja, koszty leków według cen rynkowych itp.
2. Wyodrębnienie ośrodków kosztów usługowych i zadaniowych oraz zastosowanie odpowiednich metod rozdziału kosztów jednostek usługowych na zadaniowe.
3. Ustalenie podstawowych relacji rozliczenia składników kosztów jednostek zadaniowych i usługowych.
4. Ustalenie listy usług finalnych dla każdej placówki.
5. Rozkład i ewidencja kosztów bezpośrednich i pośrednich.
6. Przyjęcie standardów do porównań poszczególnych placówek.

W pierwszej kolejności zdefiniowano problem pełnego ujęcia kosztów jednostek, które świadczą usługi na rzecz Kolejowej Służby Zdrowia. Dotyczyło to następujących pionów:

- dział budynków (amortyzacja, eksploatacja);
- dział automatyki i telekomunikacji;
- dział sieci energetycznej i zasilania;
- zakład transportu PKP (kolumna transportu sanitarnego).

Rezultatem tych przedsięwzięć jest ustalenie kosztów usług finalnych. W celu wyliczenia kosztu finalnego należało najpierw określić obiekty kosztów (podstawę rozdziału kosztów) i ustalić miejsce ich powstawania. Obiekty kosztów ustalono biorąc pod uwagę specyfikę organizacyjną i zakres działalności poszczególnych szpitali oraz kierując się wytycznymi Naczelnego Zarządu KSZ. Za ośrodki kosztów przyjęto:

- typy usług,
- miejsce wytwarzania usług.

Przy określeniu ośrodków kosztów wzięto pod uwagę, iż nadmierna szczegółowość czyni rachunek kosztów bardziej złożonym i pracochłonnym, i nie daje spodziewanych efektów ekonomicznych. Dlatego wyróżniono tylko takie ośrodki, które wykonują znaczące usługi pośrednie i finalne.

Koszty podzielono na bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie są łatwe do określenia i przyporządkowania poszczególnym ośrodkom kosztów.

Koszty pośrednie zwykle łączą się z więcej niż jednym ośrodkiem. Należy zwrócić uwagę, iż koszty bezpośrednie ośrodka usługowego, przeniesione do ośrodka zadaniowego, stanowią w nim koszt pośredni.

Najogólniej biorąc wyodrębniono ośrodki zadaniowe, wykonujące usługi finalne oraz ośrodki usługowe występujące w charakterze pomocniczym, wykonujące usługi na rzecz tych pierwszych.

Ośrodki zadaniowe to miejsca dostarczenia pacjentowi świadczenia końcowego procesu leczenia lub określoną jego fazę w danym zakładzie oraz miejsca dostarczenia innemu odbiorcy produktu lub usługi, będącej przedmiotem rozliczenia (zazwyczaj jest to ośrodek kosztów usług finalnych). Praktycznie biorąc do ośrodków zadaniowych należą oddziały szpitalne, poradnie przyszpitalne i oddziały pomocy doraźnej.

Ośrodki usługowe to miejsca wytwarzania usług, które z punktu widzenia korzystających jakkolwiek częściowo są jednak niezbędne do realizacji szerzej ujętych zadań usługowych. Ośrodki usługowe podzielono na dwie kategorie:

a) o charakterze medyczno-zabiegowym: laboratorium, rejestracje, apteki, diagnostyka itp.;

b) o charakterze niemedycznym: warsztaty, administracja, kuchnia, pralnia itp.

Dla wyodrębnionych ośrodków prowadzono ewidencję na specjalnie tworzonych dokumentach, wydzielając koszty osobowe, materiałowe, amortyzację itp.

W badanych szpitalach do rozrzutu kosztów ośrodków usługowych na ośrodki usług finalnych (*double appartionment*) zastosowano metodę podwójnego (proporcjonalnego) podziału. W przeciwieństwie do metody zstępujących kroków zastosowany sposób był łatwiejszy, gdyż nie było konieczności ustalenia kolejności wpisywania ośrodków usługowych na wykaz zbiorczy, w efekcie rozliczenia zaś ośrodki kosztów finalnych były uzupełnione o pełny koszt ośrodków usługowych.

Ewidencję kosztów prowadzono narastająco w ciągu całego półrocza i zgodnie z przepisami działu VI zarządzenia ministra finansów z 15 stycznia 1991 r. w sprawie zasad prowadzenia rachunkowości przez jednostki gospodarki uspołecznionej (DzU 1991, nr 10, poz. 36) oraz planem kont dla jednostek, zakładów budżetowych i gospodarstw pomocniczych (załącznik nr 2 do zarządzenia ministra finansów z 30 stycznia 1991 r., DzUrz Ministra Finansów nr 2, poz. 8). Najnowsze przepisy o zasadach ewidencji dochodów i kosztów w placówkach służby zdrowia będą obowiązywały od 1 stycznia 1994 r. (zarządzenie MZiOS z 15 czerwca 1992 r., MP, nr 19, poz. 143).

3. DZIAŁALNOŚĆ BADANYCH SZPITALI

W badaniu uczestniczyło 17 szpitali, zróżnicowanych zarówno pod względem wielkości, jak i specjalistycznego wyposażenia. Pierwsze sześć należy do grupy dużych (tab. 1), dysponujących powyżej 300 łózkami. Są to szpitale wielooddziałowe, z których największy znajduje się w Międzylesiu: Centralny Szpital Kolejowy (475 łózek), świadczący usługi wysoce specjalistyczne (tomograf komputerowy, urządzenia do rozbijania kamieni).

Drugą grupę tworzą szpitale liczące powyżej 150, a mniej niż 300 łózek. Ostatnia grupa to szpitale małe, praktycznie w obwodach leczniczych. Szpital w Ostrowie Wielkopolskim jest szpitalem pediatrycznym. Wszystkie szpitale w porównaniu do placówek podległych bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia charakteryzuje niskie wykorzystanie łózek (przeciętnie w kraju dla trzech kwartałów 205,2 dnia). Podobnie jest również z przeciętną długością pobytu w szpitalu, jest ona w większości szpitali kolejowych wyższa od średniej krajowej (10,3 dnia), co świadczy o niskiej przelotowości. Jedyne 3 szpitale można wyróżnić pod względem uzyskanych wskaźników, a mianowicie:

- Szpital Kolejowy Puszczykowo (Poznań),
- CSK-Międzylesie (Warszawa),
- Szpital w Pruszkowie.

4. KOSZTY JEDNOSTKOWE DZIAŁALNOŚCI SZPITALI

Analiza kosztów dotyczyła szpitali, które łącznie posiadały 4155 łózek. Wykorzystanie łóżka wynosiło średnio 184,2 dnia w ciągu pierwszych trzech kwartałów 1992 r., a średni pobyt 12,8 dnia. Koszty leczenia w szpitalach były bardzo zróżnicowane. Rozstęp między minimalnym a maksymalnym kosztem leczenia był wysoki i wynosił:

- na jedno łóżko maksymalny koszt 87 427 tys. zł w szpitalu w Lublinie, a minimalny koszt w szpitalu w Krakowie 56 188 tys. zł;
- na jednego leczzonego maksymalny koszt 6638 tys. zł w szpitalu w Sosnowcu, a minimalny w szpitalu w Tczewie 2845 tys. zł;
- na jeden osobodzień maksymalny koszt leczenia w szpitalu w Olsztynie 490 tys. zł, a minimalny w szpitalu w Wilkowiecach 227,9 tys. zł.

Wysokie jest również zróżnicowanie kosztów leczenia szpitalnego, pokrywanych przez przedsiębiorstwo PKP. Na wysokie koszty w trzech przypadkach wpłynęły zakupy inwestycyjne (aparatury) i prowadzone remonty. W szpitalu w Gdańsku i Puszczykowie prowadzone są remonty związane z rozbudową szpitali, a w CSK-Międzylesiu weszły w grę koszty głównie

Tabela 1

Wskaźniki działalności szpitali Kolejowej Służby Zdrowia
w trzech pierwszych kwartałach 1992 r.

Szpital kolejowy w miejscowości	Łóżka	Leczeni	Osobodni	Wykorzystanie 5/3	Średni pobyt 3/4	Przelotowość 4/3
Lublin	374	5 490	85 152	227,6	15,5	14,6
Kraków	305	3 516	59 506	184,5	11,5	11,5
Puszczykowo	467	11 328	98 644	211,2	8,71	24,2
Wrocław	465	5 620	101 277	217,8	10,02	12,0
Szczecin	000	6 121	51 436	171,4	8,40	20,4
CSK Warszawa	475	11 467	99 671	209,8	8,69	13,7
Warszawa Brzesko	274	3 764	58 430	213,2	15,52	13,7
Pruszków	156	4 701	32 184	206,3	6,85	30,1
Katowice	270	4 200	46 342	176,6	11,03	15,5
Sosnowiec	171	1 504	34 840	203,7	23,16	8,7
Wilkowice	269	3 692	67 116	249,5	18,18	13,7
Gdańsk	186	2 886	34 527	185,6	11,96	15,5
Olsztyn	201	3 143	31 394	156,2	9,98	15,6
Rozwadów	65	752	12 797	196,9	17,02	11,6
Tczew	70	1 512	16 160	230,9	10,69	21,6
Poznań	102	2 121	18 672	183,1	8,80	20,7
Ostrów Wielkopolski ^a	80	1 400	10 274	128,4	7,34	17,5

^a Szpital dziecięcy.

Źródło: Dane Kolejowej Służby Zdrowia oraz obliczenia własne.

Tabela 2

Koszty całkowite i jednostkowe działalności szpitali
Kolejowej Służby Zdrowia w I-III kwartale 1992 r.

Szpital kolejowy w miejscowości	Koszty ogółem w mln	Koszty		Łóżko w tys. zł	Leczeni w tys.	Osobodzeń w tys. zł	Udział kosztów kolei
		bezp. %	pośred. %				
Lublin	36 437	54	46	97 427	6 637	428	5,9
Kraków	17 137	61	39	56 188	4 874	287	6,6
Puszczykowo	32 665	55	45	69 948	2 884	331	12,5
Wrocław	37 056	59	41	76 690	6 593	365,2	—
Szczecin	18 966	42	58	63 221	3 098	368,7	—
CSK Warszawa	41 790	65	35	82 384	3 412	392,6	17,0
Warszawa Buczka	22 714	68	32	82 899	6 035	389	7,7
Pruszków	18 547	59	41	67 689	3 183	465	6,5
Katowice	18 017	71	29	66 729	4 289	388,8	5,8
Sosnowiec	9 984	57	43	58 390	6 638	286,6	6,2
Wilkowice	15 297	55	45	56 865	4 143	227,9	4,8
Gdańsk	13 565	64	36	72 931	4 700	393	24,5
Olsztyn	15 406	54	46	76 648	4 901	490	5,9
Rozwadowo	4 250	60	40	72 653	5 651	332	5,8
Tczew	4 511	56	44	61 453	2 845	266,1	5,5
Poznań	7 779	58	42	76 764	3 667	416,6	11,7
Ostrów Wielkopolski	4 898	52	48	61 237	3 499	476,8	7,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie raportów ze szpitali.

zakupu urządzenia do rozbijania kamieni nerkowych bez otwierania jamy brzusznej oraz biuro inwestycyjne (6793 mln zł, tj. – 13,2% wszystkich wydatków PKP). Znaczny udział w kosztach leczenia stanowią koszty pośrednie, co może świadczyć o bardzo niskiej obsadzie i małym nasyceniu środkami medycznymi oddziałów szpitalnych.

Badając zróżnicowanie przeciętnych kosztów leczenia, trzeba stwierdzić, że jest ono dosyć wysokie. Odchylenie standardowe kosztów wynosi 824,264 zł na jednego chorego, a współczynnik zmienności – 25,84%. Wskazuje to na jeszcze większe przeciętne odchylenie od średniej niż wielkość rozstępu zrelacjonowanego od minimalnych kosztów leczenia jednej osoby.

Biorąc pod uwagę koszty leczenia w poszczególnych grupach szpitali, należy zauważyć, że najniższe zróżnicowanie wielkości kosztu występuje w grupie I, czyli największych szpitali (współczynnik zmienności liczony dla przeciętnego pobytu wynosi 15,7%), a największe w grupie II, czyli średnich szpitali (współczynnik zmienności wynosi 27,4%).

Ogólnie można stwierdzić, że zróżnicowanie kosztów leczenia jest związane z wielkością szpitala. Potwierdza to ogólna prawidłowość (patrz tab. 2.), że w szpitalach dużych jeden osobodzień kosztuje więcej niż w szpitalach pozostałych. Dla wybranej grupy trzech szpitali, gdzie wskaźniki działalności są stosunkowo wysokie (Puszczykowo, CSK-Międzylesie i Pruszków), koszty jednego osobodnia są powyżej przeciętnej (wyjątek Puszczykowo). W szpitalach tych wyczerpano rezerwy proste intensyfikacji leczenia i trzeba się liczyć z tym, że przy wzroście działalności krańcowe koszty będą rosły dużo szybciej niż w pozostałych szpitalach. Na uwagę zasługuje fakt bardzo wysokich kosztów leczenia w szpitalach małych (jest to uzależnione od wykorzystania łóżek). Przy niskich wskaźnikach wykorzystania i nawet długim pobycie koszty rosną bardzo szybko.

5. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI WYBRANYCH ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH

Wyniki przeprowadzonych badań zostały przedstawione w tab. 3–5.

Analizowane szpitale mają bardzo zróżnicowany układ organizacyjny, dlatego wybrano w nich jedynie 5 oddziałów szpitalnych:

- wewnętrzny,
- chirurgia,
- laryngologia,
- ginekologia,
- intensywnej opieki medycznej.

Tabela 3

Koszty leczenia w szpitalach Kolejowej Służby Zdrowia na wybranych oddziałach lekarskich
liczone w tys. zł (I-III kwartały 1992 r. na jedno łóżko)

Wyszczególnienie	Wewnętrzny		Chirurgia		Laryngologia		Ginekologia		OIOM	
	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt
Lublin	41	68 250	44	89 001	21	90 613	31	77 729	5	650 177
Kraków	36	47 817	54	61 531	20	49 075	30	47 634	9	173 597
Puszczykowo	50	60 772	40	73 549	35	46 069	46	50 892	4	265 955
Wrocław	62	70 978	69	63 027	—	—	—	—	8	452 579
Szczecin	43	56 966	60	85 434	25	58 274	55	66 325	—	—
CSK Warszawa	40	79 399	48	71 805	20	67 706	42	56 502	4	805 448
Warszawa Brzesko	50	69 861	60	82 163	—	—	—	—	6	473 757
Pruszków	46	80 543	58	77 224	—	—	—	—	8	239 250
Katowice	62	61 338	59	56 102	—	—	59	67 653	—	—
Sosnowiec	51	57 121	50	65 651	—	—	—	—	—	—
Wilkowice	44	64 254	—	—	—	—	—	—	—	—
Gdańsk	84	69 366	67	59 563	—	—	—	—	4	496 192
Olsztyn	36	64 001	42	80 468	9	64 020	40	65 896	4	457 611
Rozwadów	35	66 228	30	64 366	—	—	—	—	—	—
Tczew	70	61 543	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznań	40	77 415	62	56 777	—	—	—	—	—	—
Ostrów Wielkopolski	25	64 951	—	—	—	—	—	—	—	—

Źródło: Jak do tab. 2.

Tabela 4

Koszty leczenia w szpitalach Kolejowej Służby Zdrowia na wybranych oddziałach lekarskich
liczone w tys. zł (I–III kwartały 1992 r. na jeden osobodzień)

Wyszczególnienie	Wewnętrzny		Chirurgia		Laryngologia		Ginekologia		OIOM	
	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt
Lublin	8 527	328	10 203	384	3 724	511	5 964	404	931	3 492
Kraków	7 159	240	11 035	301	3 481	281	5 698	250	1 017	1 536
Puszczykowo	11 112	273	6 545	449	5 581	289	7 221	324	715	1 488
Wrocław	13 826	318	13 067	332	—	—	—	—	944	3 835
Szczecin	8 248	297	10 694	479	3 548	410	9 794	3 794	—	—
CSK Warszawa	8 849	358	8 315	414	4 255	318	6 491	365	638	5 049
Warszawa Brzesko	11 128	314	10 350	476	—	—	—	—	868	3 275
Pruszków	10 733	345	8 877	506	—	—	—	—	903	2 120
Katowice	10 782	353	9 913	334	—	—	11 221	356	—	—
Sosnowiec	9 923	294	10 548	311	—	—	—	—	—	—
Wilkowice	10 578	267	—	—	—	—	—	—	—	—
Gdańsk	18 599	314	10 502	380	—	—	—	—	391	5 076
Olsztyn	6 221	343	7 913	424	903	638	5 920	486	596	3 071
Rozwadów	7 597	305	5 200	371	—	—	—	—	—	—
Tczew	16 160	266	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznań	8 514	364	10 158	377	—	—	—	—	—	—
Ostrów Wielkopolski	3 340	486	—	—	—	—	—	—	—	—

Źródło: Jak do tab. 2.

Tabela 5

Koszty leczenia w szpitalach Kolejowej Służby Zdrowia na wybranych oddziałach lekarskich
liczone w tys. zł (I-III kwartały 1992 r. na jednego leczonego)

Wyszczególnienie	Wewnętrzny		Chirurgia		Laryngologia		Ginekologia		OIOM	
	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt	liczba	koszt
Lublin	522	5 361	721	5 431	445	4 726	658	3 662	72	45 151
Kraków	453	3 800	752	4 418	239	4 106	385	3 711	54	28 932
Puszczykowo	1 358	2 238	913	3 222	755	2 136	645	3 629	152	6 999
Wrocław	796	5 528	824	5 277	—	—	—	—	40	90 515
Szczecin	714	3 430	1 262	4 061	612	2 380	1 527	2 388	—	—
CSK Warszawa	623	5 097	559	6 156	302	4 483	989	2 399	123	26 193
Warszawa Brzesko	615	5 680	845	5 834	—	—	—	—	265	10 727
Pruszków	673	5 506	1 089	4 113	—	—	—	—	375	5 104
Katowice	792	4 801	622	5 321	—	—	1 667	2 394	—	—
Sosnowiec	616	4 729	457	7 182	—	—	—	—	—	—
Wilkowice	741	3 815	—	—	—	—	—	—	—	—
Gdańsk	1 393	4 183	1 042	3 830	—	—	—	—	95	20 892
Olsztyn	329	7 003	541	6 178	110	5 328	765	3 445	63	29 054
Rozwadów	488	4 751	264	7 316	—	—	—	—	—	—
Tczew	1 512	2 845	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznań	1 110	2 789	1 011	3 481	—	—	—	—	—	—
Ostrów Wielkopolski	417	3 894	—	—	—	—	—	—	—	—

Źródło: Jak do tab. 2.

Koszty prezentowanych oddziałów szpitalnych są silnie zróżnicowane. Dotyczy to nawet oddziału wewnętrznego. W dużej mierze jest to spowodowane stopniem nasycenia kadrą medyczną. Obecnie ok. 58,6–71,4% wszystkich kosztów stanowią koszty osobowe, a to dlatego, że niższy wskaźnik zatrudnienia silnie rzutuje na koszt jednostkowy (dołączono ponadto dwa załączniki raportu kosztów z dwóch szpitali znajdujących się w Poznaniu i Puszczykowie k. Poznania).

Występuje również bardzo silne zróżnicowanie kosztów leczenia. Najwyższy koszt jednostkowy łóżka na oddziale wewnętrznym był w Pruszkowie (80,543 tys. zł), podczas gdy najniższy był w Krakowie (47,817 tys. zł), czyli blisko dwa razy wyższy. Dla oddziałów szpitalnych specjalistycznych koszty są wyższe w porównaniu z oddziałem wewnętrznym. Najwyższe koszty występują w oddziałach intensywnej opieki medycznej. Dużo wyższe jest tutaj także ich zróżnicowanie. Dla szpitala CSK w Warszawie koszty jednego łóżka wynoszą 805,448 tys. zł, a dla Krakowa 173,597 tys. zł.

6. WNIOSKI KOŃCOWE

Przeprowadzone badanie pozwala na sformułowanie szeregu wniosków o charakterze merytorycznym i metodologicznym, a także przedstawienie propozycji co do metody oceny kosztów jednostkowych w warunkach funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Nie powtarzając wniosków wcześniej prowadzonej analizy, można dokonać syntezy następujących bloków zagadnień:

1. Punktem wyjścia i podstawą wszelkich prób kształtowania mechanizmów oceny ekonomicznej dotychczasowej działalności szpitala jest kompleksowa analiza zróżnicowania kosztów jednostkowych w jednoimiennych oddziałach i kategoriach szpitala. Zniwelowanie dysproporcji kosztów zarówno w ujęciu statycznym, jak i dynamicznym daje możliwość wprowadzenia rynku usług zdrowotnych, a co za tym idzie szerokie wejście ubezpieczeń komercyjnych. Z całą pewnością można stwierdzić, że szpitale pod względem organizacyjnym i funkcjonowania działów ekonomicznych nie są do tego w pełni przygotowane. Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego opartego na szacowaniu stawki ubezpieczeniowej należy traktować perspektywicznie.

2. Szacowanie stawki ubezpieczeniowej musi być poprzedzone badaniem kosztów procedur medycznych i może być wprowadzone dopiero w przypadku, gdy w danej grupie szpitali zróżnicowanie kosztów nie będzie przekraczało jednego odchylenia standardowego przynajmniej w 68% szpitali. Obecnie wysokie zróżnicowanie kosztów w poszczególnych szpitalach może mieć

różne podłoże, np.: usytuowanie bloku operacyjnego, rozliczenie OIOM-u razem z pomocą doraźną itp.

3. Istotnym zagadnieniem w procesie szacowania wysokości stawki ubezpieczeniowej jest określenie czynnika ryzyka, który w sposób obiektywny będzie odzwierciedlać procesy chorobotwórcze i będzie silnie korelować ze zmianami kosztów leczenia. Wydaje się, że wiek i środowisko zamieszkania stanowią zbyt małą grupę czynników przy szacunku ryzyka zachorowania.

Proponowana metoda pomiaru kosztów według miejsca ich powstawania stanowi pierwszy krok na drodze oceny kosztów przedsiębiorstw medycznych. Dalsze prace powinny dotyczyć szacunku błędów estymacji kosztów jednostkowych i harmonijnego niwelowania dysproporcji przez stymulowanie optymalnych scenariuszy organizacji rozliczeń wewnętrznych szpitala, których głównym kryterium byłoby działanie proefektywnościowe (najwyższa jakość usług przy najniższych kosztach).

Na podstawie rezultatów prowadzonych badań można stwierdzić, że jedyną drogą do ustalenia wysokości stawki ubezpieczeniowej i następnie rozliczenia kosztów świadczonych usług jest rachunek kosztów w miejscach ich powstania w konkretnym szpitalu. Ocena stawki oraz metody organizacji ubezpieczeń zdrowotnych powinny uwzględnić podejście interdyscyplinarne w połączeniu z etiologią zagrożeń zdrowotnych w konkretnym rejonie kraju. W konkluzji można więc stwierdzić, że właśnie wykorzystanie współczesnych osiągnięć w dziedzinie badania kosztów powinno stać się głównym stymulatorem rozwoju systemów ubezpieczeń zdrowotnych.