

**Małgorzata Krasowska-Marczyk, Elżbieta Marciniak**

Zamiejscowy Wydział Społeczno-Ekonomiczny w Gorzowie Wielkopolskim  
Uniwersytet Szczeciński  
e-mail: makrasowska@o2.pl

## **Lecznictwo szpitalne w Polsce w okresie transformacji. Próba oceny działalności szpitali publicznych i niepublicznych w sferze organizacyjno-ekonomicznej w oparciu o model karty dokonań**

*Dobry system skraca drogę do celu*  
Orison Swett Marden

### STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie i podsumowanie ewolucji form organizacyjnych szpitali i ich sytuacji finansowej na tle procesu transformacji polskiego systemu opieki zdrowotnej do momentu zmian systemowych wprowadzonych pakietem ustaw zdrowotnych w latach 2010–2011. Szczególna uwaga zwrócona została na potrzebę wypracowania jednolitego, dla jednostek publicznych i niepublicznych, systemu pomiaru dokonań oraz dostosowanego do jego wymagań systemu sprawozdawczości szpitali.

Uwzględniając specyfikę szpitali niepublicznych w kontekście propozycji wdrożenia modelu karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali publicznych, wskazano obszary zmian, niezbędnych w ocenie autorów, dla ujednoczenia systemu oceny.

### SŁOWA KLUCZOWE

lecznictwo szpitalne w Polsce, transformacja, model karty dokonań

## **1. Kontekst polskiego systemu opieki zdrowotnej**

Transformacja to hasło kluczowe do opisu procesów przebiegających we wszystkich obszarach życia Polski po 1989 r. Przeprowadzając w Polsce transformację systemu gospodarczego, nie dokonano jednak na tyle głębokich zmian systemowych w sektorze ochrony zdrowia, aby proces ten można było obecnie uznać za zakończony. Dwie istotne reformy w procesie transformacji – decentralizacja systemu administracyjnego i reforma ochrony zdrowia – przebiegały w znacznym stopniu dwutorowo, tak w zakresie dyskusji eksperckich i publicznych, prac legislacyjnych, jak i na kolejnych etapach wdrażania wypracowanych

niezależnie rozwiązań. Konsekwencją tak realizowanych procesów zmian było uznanie reformy zdrowotnej za najmniej udaną spośród wdrażanych równocześnie reform: decentralizacji funkcji państwa (reforma administracji publicznej), reformy oświaty, ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia. Liczba osób niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce przekroczyła 65%<sup>1</sup>. Ranking Euro Health Consumer Index za lata 2006–2015 także potwierdza, że polski system znajduje się w grupie gorszych jakościowo europejskich systemów ochrony zdrowia. Determinantą takiego stanu jest bardziej kształt funkcjonującego systemu, a dopiero w dalszej kolejności niedobór środków finansowych<sup>2</sup>.

Wśród instytucji zarządczych, którymi są Ministerstwo Zdrowia, pełniące funkcje organu polityki zdrowotnej, koordynacji działań i nadzoru, oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, będący głównym płatnikiem systemu, podkreślenia wymaga rola, jaką w systemie opieki zdrowotnej przypisano samorządom terytorialnym. Założeniem przeprowadzonych reform było i jest wprowadzenie samorządu jako podmiotu i partnera polityki ochrony zdrowia poprzez komunalizację mienia i nadanie statusu organu założycielskiego jednostkom sektora opieki zdrowotnej. Przejęcie większości zakładów opieki zdrowotnej przez samorządy nie zostało jednak skorelowane z weryfikacją ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług, co stało się przyczyną licznych problemów zwłaszcza w przypadku samorządów powiatowych<sup>3</sup>. Pomimo znacznych ograniczeń środków finansowych posiadanych na cele związane z ochroną zdrowia, samorządy odpowiadają za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych swoich społeczności oraz powstanie, przekształcenia i rozwój podległych im jednostek<sup>4</sup>. Zasadnicze zadania jednostki samorządu terytorialnego (JST) wypełniają, pełniąc funkcje: organizatora i płatnika (w ograniczonym zakresie) oraz właściciela, nadzorca i zarządcy publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) lub, w następstwie zmian prawnych, spółek prawa handlowego z udziałem JST.

Regionalne zróżnicowanie udziału segmentu świadczeń szpitalnych w koszyku świadczeń ogółem i różnice w poziomie finansowania tych świadczeń widoczne były od początku funkcjonowania nowego systemu, potwierdzając niewłaściwą lokalizację terytorialną, niejednokrotnie nadmierną koncentrację jednostek, brak powiązań struktury lecznictwa szpitalnego z obszarami występowania określonych potrzeb zdrowotnych populacji czy niewłaściwą strukturę łóżek ocenianych na podstawie trendów demograficznych i epi-

- 1 Por. I. Kowalska, *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, [www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Iwona\\_Kowalska.pdf](http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Iwona_Kowalska.pdf); „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006, nr 1; CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej. Raport z badań*, Warszawa 2009; *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, BS/34/2012, Warszawa marzec 2012; CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014*, nr 107, Warszawa 2014, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K\\_107\\_14.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_107_14.PDF) (dostęp 30.09.2016).
- 2 *Euro Health Consumer Index (EHCI)* 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com) (dostęp 30.09.2016).
- 3 I. Kowalska, *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: *Nowe dylematy polityki społecznej*, Raporty CASE, red. S. Golinowska, M. Boni, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych nr 65, Warszawa 2006, s. 82–89, [www.case.com.pl](http://www.case.com.pl) (dostęp 30.09.2016). Nierównomierna struktura przestrzenna infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej (szczególnie szpitali) w porównaniu ze zróżnicowanym potencjałem gospodarczym i instytucjonalnym powiatów stanowi nadal przyczynę licznych problemów, tj. nierównomiernego rozłożenia kosztów restrukturyzacji, dublowania się jednostek świadczących podobne usługi w powiatach itp.
- 4 S. Golinowska, *Ochrona zdrowia*, w: *Raport Społeczny. Polska 2005*, s. 129, [http://www.feswar.org.pl/fes2009/e-books/Raport\\_Spoleczny\\_Polska\\_2005r1.pdf](http://www.feswar.org.pl/fes2009/e-books/Raport_Spoleczny_Polska_2005r1.pdf) (dostęp 30.09.2016).

miologicznych oraz danych statystyki medycznej<sup>5</sup>. Przez wiele lat nacisk na rozwój kosztochłonnego lecznictwa stacjonarnego kosztem innych segmentów systemu potwierdzał dominujący paradygmat medycyny naprawczej<sup>6</sup>, toteż jednym z głównych celów reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce była i jest redukcja szpitali i łóżek szpitalnych oraz przesunięcie części zadań do obszarów opieki ambulatoryjnej, domowej czy długoterminowej. Elementy procesu transformacji stanowią przekształcenia struktury własności jednostek ochrony zdrowia, które dotychczas realizowały zadania przypisane do sektora publicznego. Istotną częścią systemu, także najbardziej kosztochłonnego (ponad 40% całości nakładów na zdrowie) lecznictwa stacjonarnego, stały się jednostki niepubliczne.

Zakresem analizy zawartej w opracowaniu objęto okres od roku 1999 – z uwagi na przeprowadzoną reformę administracyjną kraju i rozpoczęcie zasadniczych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce – do roku 2011<sup>7</sup>, na bazie trwającej transformacji ustrojowej. Skutki istotnych zmian w systemie ochrony zdrowia wprowadzone pakietem ustaw zdrowotnych w latach 2010–2011<sup>8</sup>, obowiązujących do 2016 r.<sup>9</sup>, wymagają pogłębionego rozpoznania, stanowiąc przedmiot dalszych opracowań i porównań.

## 2. Ewolucja form organizacyjnych szpitali a zadłużenie<sup>10</sup>

Proces przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przebiegał na przestrzeni ostatnich lat ze znaczną dynamiką (rysunek 1) pomimo braku wystarczających podstaw prawnych<sup>11</sup> pozwalających na bezpośrednie przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i brak przed 2011 r. wystarczających mechanizmów zachęcających jednostki samorządu terytorialnego do przekształcania SP ZOZ (dotacje,

5 M. Krasowska-Marczyk, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych a efektywność lecznictwa szpitalnego. Problematyka zadłużenia i restrukturyzacji szpitali*, w: *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-kontrola-ocena*, „Prace Katedry Rachunkowości” nr 30, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s. 169–180.

6 *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2005, s. 24; *Analiza wybranych elementów rachunku kosztów Kas Chorych*, UNUZ, Warszawa 2000, s. 3; R. Calak, B. Grabowska-Markiewicz, *Narodowy Plan Rozwoju 2007–2013*, „Wspólnoty Europejskie” 2005, nr 5(162), s. 4–11.

7 Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z 30.08.1991 r. została zastąpiona 1.07.2011 r. ustawą o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. (DzU z 2011 r., nr 112, poz. 654).

8 Pakiet 8 ustaw: ustawa o działalności leczniczej; nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia implikujące konieczność przygotowania nowych instrumentów zarządzania sektorem); nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści; ustawy o refundacji leków; ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; nowelizacji prawa farmaceutycznego i ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zmiany w systemie statystyki publicznej.

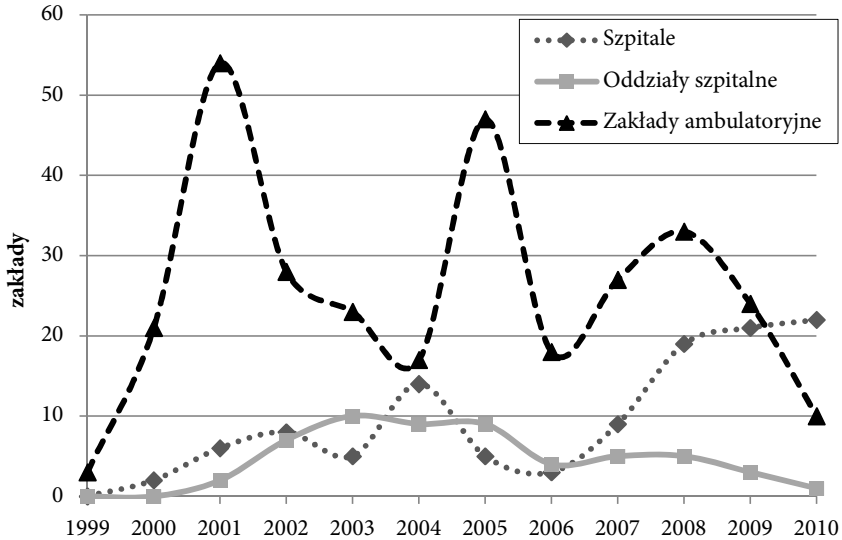
9 Obecnie w toku procedowania przez Sejm są zmiany legislacyjne w istotny sposób zmieniające kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce.

10 Por. Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (dostęp 30.09.2016).

11 Por. ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.); ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1590 z późn. zm.); ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1592 z późn. zm.); ustawa z dnia 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).

pożyczki) – tak w segmencie szpitali, oddziałów szpitalnych, jak i zakładów lecznictwa ambulatoryjnego.

Rysunek 1. Dynamika przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999–2010



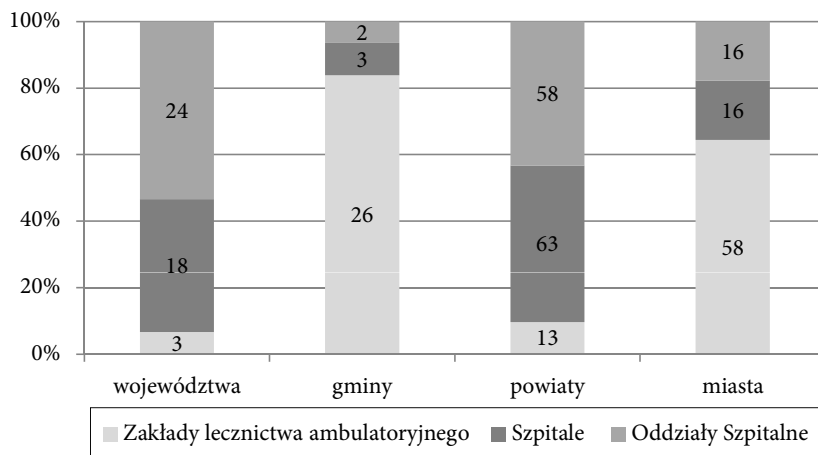
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, Ministerstwo Zdrowia, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) oraz danych urzędów wojewódzkich, jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej.

Według krajowego rejestru w Polsce działało ponad 18,5 tys. zakładów opieki zdrowotnej, w tym 2,3 tys. zakładów publicznych. Zasadniczą pozycję stanowią niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – 88% w skali kraju. Z działających na koniec 1999 r. 2474 publicznych zakładów opieki zdrowotnej do 31.12.2010 r. zmianami organizacyjno-prawnymi objęto 478 jednostek, z czego 114 stanowiły szpitale (23,9%), 55 oddziały szpitalne (11,5%) i 309 zakłady lecznictwa ambulatoryjnego (64,6%). Najwyższe tempo przekształceń zaobserwowano w grupie zakładów lecznictwa ambulatoryjnego, gdzie w latach 1999–2010 formę własności zmieniło 309 zakładów (65% zakładów objętych przekształceniami), co stanowiło 34% zarejestrowanych zakładów lecznictwa ambulatoryjnego, przy czym nasilenie przekształceń odnotowano szczególnie w latach 2001 i 2005. W segmencie szpitali najwyższe tempo przekształceń, związane z przystąpieniem jednostek samorządu terytorialnego (JST) do rządowego programu wieloletniego wsparcia w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia (tzw. Plan B) odnotowano w 2010 r. (22 jednostki).

Z analizy struktury własnościowej podmiotów zmieniających formę organizacyjno-prawną (rysunek 2) wynika, że procesy przekształceń najczęściej prowadziły samorządy szczebla powiatowego oraz miasta, rzadziej województwa i gminy. Samorządy wojewódzkie przekształciły w latach 1999–2010 42 zakłady opieki zdrowotnej (w tym 20 szpitali), samo-

rządy powiatowe 87 ZOZ (w tym 72 szpitale), miasta 206 ZOZ (18 szpitali), a samorządy gminne 87 ZOZ (w tym 4 szpitale).

Rysunek 2. Struktura podmiotów „przekształconych” w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999–2010



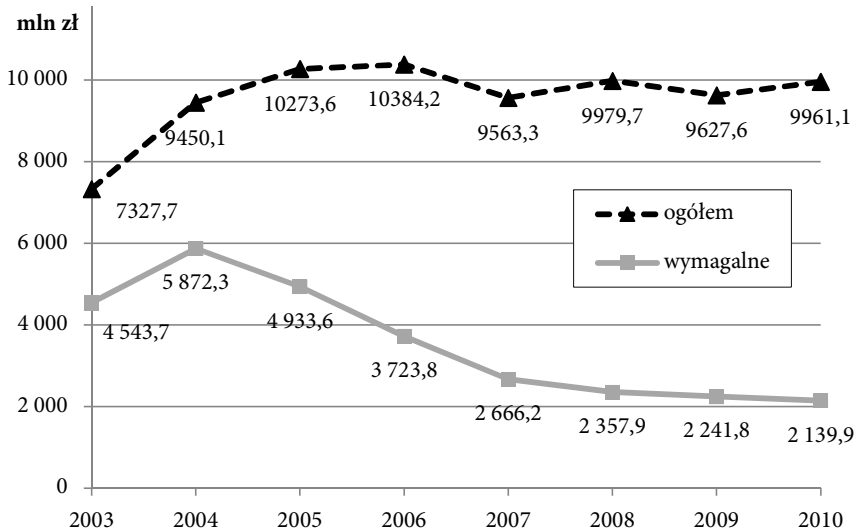
Źródło: Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010, Ministerstwo Zdrowia, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

Na uwagę zasługuje fakt, że udział samorządów terytorialnych w kapitale zakładowym przekształconych szpitali sięga 100%, przy odwrotnej tendencji w przypadku zakładów leczenia ambulatoryjnego (niemal 0%).

Silną determinantę przekształceń stanowiła trudna sytuacja ekonomiczna jednostek i brak rokowań na poprawę wyniku finansowego. Pomimo że prawie wszystkie szpitale weszły w 1999 r. bez balastu zadłużenia, na przestrzeni lat 2005–2010 jego wielkość osiągnęła i utrzymywała się na poziomie zbliżonym do 10 mld zł (przy spadkowej tendencji poziomu zobowiązań wymagalnych) (por. rysunek 3), pomimo wielokrotnie podejmowanych prób restrukturyzacji zadłużenia. Rozluźnienie dyscypliny finansowej już po 1999 r. doprowadziło do ponownej eskalacji zadłużenia, które w 2005 r. sięgnęło 10 mld zł, w tym 5 mld zobowiązań wymagalnych. W tym czasie uruchomiono kolejny program oddłużeniowy, związany z realizacją zapisów ustawy z 15.04.2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (DzU nr 78, poz. 684 z późn. zm.), który pozwolił na zahamowanie narastania zadłużenia (por. rysunek 3), a wdrożone w 2009 r. mechanizmy tzw. Planu B<sup>12</sup> przyspieszyły proces przekształceń szpitali (por. rysunek 1).

<sup>12</sup> „Plan B” – powszechnie stosowane określenie rządowego programu wieloletniego ustanowionego przez Radę Ministrów 27.04.2009 r. pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

Rysunek 3. Dynamika zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2010



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), uzyskanych na podstawie danych ankietowych urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SP ZOZ nadzorowanych przez MZ.

Wiele opracowań i raportów dotyczących zadłużenia SP ZOZ wskazuje na jego zróżnicowanie oraz brak jednoznacznych powiązań ze strukturą lub organem założycielskim, przy czym za dzieło przypadku nie można uznać regionalnego zróżnicowania zadłużenia, większego w województwach o znacznej koncentracji jednostek (np. woj. dolnośląskie). Wśród wielu zróżnicowanych przyczyn złej sytuacji finansowej SP ZOZ należy jednak zauważyć bezpośredni wpływ niebilansowania przychodów z kosztami.

W ujęciu regionalnym realizacja procesu przekształceń była zależna w znacznym stopniu od liczby jednostek funkcjonujących na obszarze danego województwa. Na znaczne zróżnicowanie pomiędzy regionami wpłynęło wiele czynników: prawnych, ekonomicznych i społecznych. Najwięcej zakładów przekształcono w województwach: śląskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim, dolnośląskim, wielkopolskim i małopolskim, przy czym jako liderów przekształceń szpitali należy wskazać samorzady w województwach dolnośląskim (24), śląskim (18), kujawsko-pomorskim (12) i lubuskim (9).

Analizując przebieg procesu przekształceń własnościowych przeprowadzonych decyzją samorządów terytorialnych, należy podkreślić wysoki, bowiem już 28% (dane na dzień 31.12.2010 r.) udział SP ZOZ objętych przekształceniami w ogólnej liczbie SP ZOZ zarejestrowanych w Polsce.

### 3. Próba ujednoczenia oceny działalności szpitali publicznych i niepublicznych w sferze organizacyjno-ekonomicznej w oparciu model karty dokonań<sup>13</sup>

Zarówno SP ZOZ, jak i spółki prawa handlowego posiadają narzędzia do osiągnięcia celu, jakim jest przeprowadzenie procesu restrukturyzacji i możliwość podejmowania działań w zakresie obniżenia kosztów, poprawy efektywności wykorzystania posiadanego potencjału przy równoczesnej poprawie dostępności do świadczonych usług medycznych i ich jakości. Jednak forma prawna SP ZOZ nie sprzyja pozyskaniu prywatnego partnera inwestycyjnego. Determinantę osiągnięcia celu przekształceń, jakim są z reguły: zbycie zadłużenia, ograniczenie przerostu zatrudnienia, zmiana organizacji, redukcja wysokich kosztów działalności, stanowi w wielu przypadkach sytuacja wyjściowa przekształcanej jednostki. Odcięcie zadłużenia przynosi bezpośrednio realizację celów, gdyż zmiana formy organizacyjno-prawnej nie skutkuje i nie przyczynia się do obniżenia kosztów oraz zwiększenia przychodów, a tym samym poprawy kondycji finansowej nowej jednostki. Istotnym elementem staje się wartość kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (w strukturze przychodów jego udział w szpitalu powiatowym wynosi ponad 90%) zapewniającego stabilność finansową. Zasoby finansowe pozostające w dyspozycji oddziałów wojewódzkich NFZ nie są wystarczające do pokrycia w pełni zobowiązań wynikających z tzw. nadwykonań (usług wykonanych przez jednostki ochrony zdrowia ponad limit zawartego z NFZ kontraktu), rodząc obawy dotyczące możliwości wypracowania przez szpitale dodatniego wyniku finansowego.

Po dokonaniu procesu przekształceń za ważny element decyzji zarządczej należy uznać określenie zbioru wskaźników porównawczych dla podstawowych oddziałów oraz wartości ekonomicznych dotyczących szpitala, także w kontekście możliwości porównania z innymi jednostkami. Jako cenną inicjatywę w tym zakresie należy wskazać próbę wypracowania modelowej karty dokonań (porozumienie między niepublicznymi szpitalami funkcjonującymi w Wielkopolsce). Wzajemne przekazywanie informacji finansowych w celach porównawczych w obszarze analiz ekonomicznych wraz z elementami statystyki medycznej, oparte na jednolitym sposobie zbioru informacji, w ocenie auterek stanowi niezbędny warunek sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym, a także może przyczynić się do poprawy efektywności całego systemu. Schemat wypracowanego zbioru informacji dla szpitali jako standard sprawozdawczości został przedstawiony w tabeli 1.

13 Na podstawie doświadczeń Szpitala Powiatowego we Wrześni. Szpital Powiatowy we Wrześni przed przekształceniem z SP ZOZ w Spółkę Prawa Handlowego przeszedł głęboką restrukturyzację. W przebiegu procesu restrukturyzacji jednostki SP ZOZ przed przekształceniem nie był zadłużony i tym samym nie posiadał zobowiązań wymagalnych, posiadał uregulowane prawo do nieruchomości (organ założycielski aktem notarialnym przekazał majątek w nieodpłatne użytkowanie). Dyrektor SP ZOZ przyjął założenie traktowania szpitala kompleksowo, a nie oddziałowo.



Tabela 1. Zbiór informacji dla szpitali niepublicznych jako standard sprawozdawczości

| NAZWA ODDZIAŁU    |   |
|-------------------|---|
| dane za rok ..... |   |
| <b>I</b>          | <b>WSKAŹNIKI ŁÓŻKOWE</b>  |
| 1.                | Liczba łóżek na oddziale  |
| 2.                | Wskaźnik obłożenia łóżek  |
| 3.                | Liczba osobodni   |
| 4.                | Liczba przyjętych pacjentów   |
| 5.                | Liczba leczonych pacjentów  |
| 6.                | Liczba pacjentów rozliczonych z NFZ   |
| 7.                | Średni czas pobytu pacjenta na oddziale   |
| 8.                | Liczba pacjentów leczonych przez 1 lekarza  |
| <b>II</b>         | <b>KOSZTY PRACY LEKARZY</b>   |
| 1.                | Koszty podstawowego zatrudnienia  |
| 2.                | Koszt umów cywilno-prawnych   |
| 3.                | Koszty dyżurów  |
| 4.                | Ogółem koszt wynagrodzenia lekarzy na oddziale  |
| 5.                | Liczba zatrudnionych lekarzy na umowach o pracę (w przeliczeniu na etaty)                                     |
| 6.                | Liczba zatrudnionych lekarzy na umowach cywilno-prawnych  |
| 7.                | Liczba zatrudnionych lekarzy w osobach ogółem   |
| 8.                | Średni koszt pracy 1 lekarza (w przeliczeniu na osobę)  |
| <b>III</b>        | <b>PRZYCHODY ODDZIAŁU</b>   |
| 1.                | Wartość kontraktu z NFZ   |
| 2.                | Wykonanie kontraktu, z tego:  |
| 2a.               | nadlimity   |
| 3.                | Liczba punktów zakontraktowanych:   |
| 3a.               | CAŁY ... ROK  |
| 3b.               |   |
| 4.                | Liczba punktów wykonanych:  |
| 4a.               | CAŁY ... ROK  |
| 4b.               |   |
| 5.                | Liczba punktów wykonanych ponad limit:  |
| 5a.               | CAŁY .... ROK   |
| 5b.               |   |
| 6.                | Wartość kontraktu z NFZ przypadająca na 1 lekarza (w przeliczeniu na osoby)                                   |
| 7.                | Wartość wykonania kontraktu przypadająca na 1 lekarza (w przeliczeniu na osoby)                               |
| 8.                | Wartość wykonania kontraktu w przeliczeniu na 1 rozliczonego NFZ  |
| <b>IV</b>         | <b>KOSZTY ODDZIAŁU</b>  |
| 1.                | Całkowite koszty oddziału   |
| o                 | w tym:  |
| o                 | wynagrodzenia na oddziale ogółem (etaty, umowy cywilno-prawne)  |
| o                 | koszty utrzymania oddziału  |
| o                 | koszty zmienne związane z leczeniem (bez kosztów pośrednich związanych z diagnostyką, bez bloku operacyjnego) |
| 2.                | Wskaźnik: koszty zatrudnienia lekarzy/całkowite koszty oddziału   |
| <b>V</b>          | <b>KOSZTY JEDNOSTKOWE</b>   |
| o                 | Koszt całkowity na 1 leczzonego   |
|                   | Koszt zmienny na 1 leczzonego   |
| <b>VI</b>         | <b>WYNIK</b>  |
| 1.                | Przychody – koszty (wg punktów wykonanych)  |



W przedstawionym podejściu szczególnie istotnymi elementami są poniesione koszty, uzyskane przychody oraz dane pochodzące ze statystyki medycznej. Zaniechano szczegółowego podejścia do wydatków, jakie miało miejsce w jednostkach budżetowych, uznając je za mało znaczący element decyzyjny. Uznano, że na sytuację finansową szpitala najważniejszy wpływ mają wartości kosztowe i przychodowe.

Dokonując zestawienia modelu karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali publicznych z podejściem wypracowanym w szpitalach niepublicznych, należy zauważyć, że:

1. Informacje o dokonaniach szpitala (poz. I i II w tabeli 1) na potrzeby oceny w perspektywie mezo-, makro- i mikroekonomicznej są to informacje ogólne, zbierane niezależnie od formy prawnej, w jakiej prowadzony jest zakład. Tak więc informacje i wskaźniki nie różnią się między niepublicznym i publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Informacje zawarte w pozycjach III i IV tabeli 1 to informacje o wielkości uzyskanych przychodów i poniesionych kosztach. Do rozważenia pozostaje umieszczenie pozycji o wartościach usług zdrowotnych wykonanych ponad limit na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia oraz o ich uznaniu, np. na podstawie zawieranych porozumień w następnych okresach sprawozdawczych. Jest to jedna z ważniejszych informacji ekonomicznych, mająca obecnie wpływ na wynik finansowy szpitali<sup>14</sup>. Bardzo trudnym elementem porównawczym między szpitalami staje się także grupowanie kosztów działalności. Zaproponowane grupy kosztowe mogą stać się nieporównywalne, gdyż po przeprowadzonych działaniach restrukturyzacyjnych usługi pomocnicze niemedyczne niejednokrotnie zastępowane są ich zakupem od wyspecjalizowanych firm zewnętrznych, a tym samym poniesione koszty z pozycji zużycie materiałów i energii zostają przeniesione do usług obcych.
3. Istotne rozbieżności dotyczą obszaru informacji o strukturze posiadanych zobowiązań i należności w publicznych i niepublicznych zakładach. Zaproponowany model, o szerokim ujęciu, odpowiada zasadniczo jednostkom sfery budżetowej (kwalifikacja i rozliczanie wydatków przy użyciu paragrafów). W niepublicznym zakładzie szczególną uwagę zwraca się na wielkość i termin płatności według kontrahentów oraz wyspecyfikowanie wiarygodności w układzie na wymagalne i niewymagalne.
4. Różnice pomiędzy SP ZOZ-em a szpitalem niepublicznym występują także w obszarze rozliczania podatku dochodowego od osób prawnych. Niepubliczna jednostka, nie posiadając możliwości przeznaczenia go na cele statutowe, musi opodatkować zysk i powstałe zobowiązanie przekazać do Urzędu Skarbowego, co w bardzo istotny sposób wpływa na wiele wskaźników i informacji ekonomicznych.

14 W Szpitalu Powiatowym we Wrześni ustalono, po przeprowadzeniu szczegółowych analiz, przyczynę wykonania usług medycznych ponad limit umów zawartych z NFZ. Porównanie 4 podstawowych zakresów świadczonych usług (oddziały wewnętrzny, chirurgiczny, pediatryczny, położniczo-ginekologiczny) z innymi szpitalami wskazało na najniższą wartość kontraktu przypadającą na jednego mieszkańca objętego opieką, która rzutowała negatywnie na kondycję finansową jednostki, pomimo przeprowadzonych w szerokim zakresie działań restrukturyzacyjnych minimalizujących ponoszone koszty.

## Podsumowanie

Pomiędzy przekonaniem ekspertów o konieczności zmian w systemie ochrony zdrowia i wskazaniami ich kierunku, także na bazie doświadczeń krajów Unii Europejskiej, a dominującymi przekonaniem społecznymi nadal istnieją zasadnicze rozbieżności. Podejmowane próby zmian systemu, np. wprowadzenie pewnych ograniczeń w korzystaniu ze świadczeń z uwagi na ograniczone środki finansowe w systemie ochrony zdrowia w Polsce, czy próby określenia zasad budowy docelowej sieci szpitali często oceniane są jako wycofywanie się państwa z funkcji opiekuńczych i ucieczka od odpowiedzialności za zdrowie obywateli i efekcie powodują blokowanie przekształceń. Tym niemniej kolejne lata będą miały istotne znaczenie dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Wprowadzona w życie 1.07.2011 r. ustawa o działalności leczniczej<sup>15</sup> dała jednoznaczną podstawę prawną do przekształceń szpitali, której brakowało w dotychczasowych przepisach. W dalszej konsekwencji zmiany te mogą oznaczać możliwość zahamowania długu publicznego, dopływ kapitału i podwyższenie jakości wykonywanych świadczeń. Obszarem, w którym wprowadzenie istotnych zmian stanowi niezbędny warunek sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jest uporządkowanie sprawozdawczości i statystyki. Ponieważ dane pochodzące ze szpitali dostarczają najwięcej informacji dla wszystkich szczebli zarządzania istotnego znaczenia (dla poprawy efektywności gospodarowania całego systemu opieki zdrowotnej) nabiera wypracowanie jednolitego dla jednostek publicznych i niepublicznych systemu pomiaru i oceny dokonań oraz dostosowanego do jego wymagań systemu sprawozdawczości szpitali<sup>16</sup>. Dokonywanie porównań bez ujednoczonych zasad (rozwiązań) może doprowadzić do wyciągnięcia błędnych wniosków, a tym samym do podjęcia złych decyzji zarządczych<sup>17</sup>.

## Bibliografia

- CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej. Raport z badań*, Warszawa, kwiecień 2009.
- CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, BS/34/2012, Warszawa, marzec 2012.
- CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014*, nr 107/2014, Warszawa, lipiec 2014.
- Euro Health Consumer Index (EHCI) 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015*, www.healthpowerhouse.com.
- Euro Health Consumer Index 2009*, Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych PIU, Health Consumer Powerhouse, Warszawa 2010.
- Golinowska S., *Ochrona zdrowia, w: Raport Społeczny. Polska 2005*, www.feswar.org.pl.

15 Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. (DzU nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

16 *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu dokonań*, red. M. Hass-Symotiuk, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010, s. 9.

17 Np. szpitale obecnie w dowolny sposób ewidencjują niestandardowe zdarzenia gospodarcze. Jednym z takich problemów jest wykonanie usług ponad limit umów zawartych z NFZ, co w konsekwencji zmienia porównywalność między jednostkami i bardzo zniekształca wskaźniki oceny.

- Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu dokonań*, red. M. Hass-Symotiuk, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010.
- Kowalska I., *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2006, [www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Iwona\\_Kowalska.pdf](http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Iwona_Kowalska.pdf) Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie Nr 1/2006;
- Kowalska I., *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: *Nowe dylematy polityki społecznej, Raporty CASE*, red. S. Golinowska, M. Boni, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych nr 65, Warszawa 2006, [www.case.com.pl/upload/publikacja\\_plik/28661030\\_RC\\_65.pdf](http://www.case.com.pl/upload/publikacja_plik/28661030_RC_65.pdf).
- Krasowska-Marczyk M., *Finansowanie świadczeń zdrowotnych a efektywność lecznictwa szpitalnego. Problematyka zadłużenia i restrukturyzacji szpitali*, w: *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-kontrola-ocena*, „Prace Katedry Rachunkowości” nr 30, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
- Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).
- Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Plan Rozwoju 2007–2013. Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*, Warszawa 2005.
- Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).
- Szulc J., Wystąpienie na Forum Ochrony Zdrowia XXI Forum Ekonomicznego w Krynicy 7–9.09.2011 r.
- Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie województwa, DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1590 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym, DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1592 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym, DzU z 2001 r., nr 142, poz. 1591 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15.04.2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 78, poz. 684 z późn. zm.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r., DzU nr 112, poz. 654 z późn. zm.
- Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, *Analiza wybranych elementów rachunku kosztów Kas Chorych*, Warszawa 2000.

## **Hospital treatment in Poland during the transformation period. An attempt to evaluate the activities of public and non-public hospitals in the organizational and economic sphere based on the performance card model**

### **SUMMARY**

The aim of the article is to present and summarize the evolution of forms of organization of hospitals and their financial situation against the background of the process of transformation of the Polish health care system functioning until the system changes made by a package of laws of health in 2010–2011. Particular attention has been paid to the need to develop a homogeneous system for public and non-public entities to measure achievements and, tailored to its requirements, a reporting system for hospitals.

Taking into account the specificity of non-public hospitals in the context of a proposal for implementing the model of achievement cards for integrated assessment of the activities of public hospitals the authors have identified areas of – in their opinion – necessary changes to harmonize the assessment system.

### **KEYWORDS**

hospital treatment in Poland, transformation, model of achievements card

*Translated by Małgorzata Krasowska-Marczyk*

**Karol Sroka, Marek Suchanek**

Zamiejscowy Wydział Społeczno-Ekonomiczny w Gorzowie Wielkopolskim

Uniwersytet Szczeciński

e-mail: karol.sroka@usz.edu.pl; marek.suchanek@usz.edu.pl

## Cyfryzacja usług administracji publicznej

### STRESZCZENIE

Dostęp do informacji to ważny czynnik umożliwiający skuteczne administrowanie państwem. Administracja publiczna jest jednym z największych użytkowników technicznych i programowych środków teleinformatycznych. Systemy informatyczne mogą usprawnić przetwarzanie danych, których ilość związana z funkcjami realizowanymi przez administrację publiczną szybko rośnie. Wydaje się jednak, że możliwości współczesnych środków technicznych i programowych teleinformatyki nie są w pełni wykorzystane i nie zawsze ich stosowanie przekłada się na wzrost efektywności działania administracji publicznej. Wynika to z faktu, że sprawność działania publicznych instytucji administrujących zależy również od celów i standardów mających zastosowanie w tej sferze, struktury organizacyjnej, zasobów ludzkich, zasobów finansowych i uwarunkowań prawnych. W artykule podjęto próbę identyfikacji i scharakteryzowania podstawowych czynników wpływających na efekty procesu cyfryzacji usług administracji publicznej.

### SŁOWA KLUCZOWE

administracja publiczna, systemy informacyjne, technologie teleinformatyczne

## Wprowadzenie

Zasoby informacyjne to najważniejszy element systemów informacyjnych współczesnych instytucji i organizacji gospodarczych. W każdym obszarze w sferze aktywności ludzkiej gwałtownie narasta liczba przetwarzanych informacji. Na podstawie systematycznych badań prowadzonych przez International Data Corporation (IDC) szacuje się zasoby informacyjne Internetu na ponad 16 ZB (zettabajtów) i prognozuje się ich wzrost w 2020 r. do przynajmniej 45 ZB<sup>1</sup>. IDC przelicza, że na każdego mieszkańca Ziemi przypadnie w najbliższym czasie ponad 5 GB danych.

---

1 *Where in the World is Storage An IDC Infographic*, [www.emc.com/leadership/digital-universe/index.htm](http://www.emc.com/leadership/digital-universe/index.htm) (dostęp 29.05.2017).