

MGR PIOTR DERKOWSKI

Uniwersytet Szczeciński
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
e-mail: piotrderkowski@gmail.com

POMIAR EFEKTYWNOŚCI W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Słowa kluczowe: efektywność, analiza wskaźnikowa, ochrona zdrowia, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Abstrakt. Celem artykułu jest przedstawienie wskaźników wykorzystywanych do pomiaru efektywności podmiotów leczniczych, wynikających zarówno z obowiązujących przepisów prawa, jak i opracowań naukowych. Bazując na swoim doświadczeniu zawodowym, autor przedstawił propozycję zastosowania bardziej precyzyjnych wskaźników podzielonych na dwie grupy – dotyczące działalności ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych oraz ich działalności podstawowej (medycznej). Stanowią one mogą uzupełnienie powszechnie wykorzystywanych wskaźników, umożliwiając rozszerzenie dla benchmarkingu opartego na miernikach o mniejszym stopniu szczegółowości. Ze względu na większe dostosowanie do specyfiki sektora medycznego mogą one w części przypadków stanowić lepsze narzędzie do oceny działalności operacyjnej podmiotu w stosunku do wskaźników uniwersalnych, które nie uwzględniają części aspektów charakterystycznych dla rynku medycznego, w szczególności szpitalnictwa.

Measurement of effectiveness in healthcare entities

Keywords: effectiveness, analysis of financial indicators, healthcare sector, public hospitals

Abstract. The aim of the study was to present the main economic indicators used to measure effectiveness of hospitals and other healthcare entities, both defined by the rules of Polish law and scientific studies. Author, on the basis of his professional experience, defined his propositions of new, more precise indicators, that got divided into two groups – economic/financial activities of hospitals and their medical activities. Those ratios may be used as a complement for the basic indicators, extending benchmarking tools based on those with more general nature. As the new indicators are better adapted to the medical sector and the character of specific healthcare entities, in some cases they may be considered as a better tool for assessment of operational activities of hospitals than some of the common indicators (which are universal and doesn't take account of some aspects specific for a healthcare sector, in particular hospitality).

Wprowadzenie

Pojęcie efektywności oraz jej pomiar są nierozzerwalnie związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, niezależnie od profilu tej działalności. W przypadku sektora ochrony zdrowia, który przy obecnej konstrukcji systemu świadczeń leczniczych finansowanych ze środków publicznych charakteryzuje się wysoką nierównowagą podażowo-popytową (przekładającą się na powstawanie kolejek medycznych, często wieloletnich), efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych (zarówno w aspekcie medycznym, jak i finansowym) powinna stanowić jeden z kluczowych elementów zarządzania. Celem artykułu jest zaprezentowanie opracowanych przez autora propozycji wskaźników (charakteryzujących się większym stopniem szczegółowości w stosunku do wskaźników powszechnie wykorzystywanych do oceny efektywności działalności podmiotów leczniczych, jednocześnie bazujących na powszechnie dostępnych w szpitalach danych) pozwalających na ocenę kluczowych aspektów działalności podmiotów leczniczych – w zakresie działalności finansowej, jak i opartych na statystyce medycznej.

W dalszej części artykułu zaprezentowane zostały zarówno wskaźniki obecnie wykorzystywane w podmiotach leczniczych do pomiaru ich efektywności, jak i opracowane przez autora, wykraczające poza dotychczas przyjęty standard w tym zakresie. Zostały one pogrupowane na dwa obszary funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia, to jest sferę związaną z działalnością leczniczą, a także dotyczącą finansowych aspektów ich funkcjonowania. Ta druga, w przypadku przeważającej większości podmiotów, nierozzerwalnie związana jest z realizacją kontraktu w ramach umowy z NFZ (w szczególności w zakresie nadwykonań oraz niedowykonań umowy), toteż duża część wskaźników pośrednio lub bezpośrednio odnosi się do wyżej wymienionych kwestii.

1. Istota pomiaru efektywności w podmiotach leczniczych

Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych jest obecnie powszechnie stosowany i stanowi przedmiot licznych opracowań naukowych. Ze względu na:

- a) ograniczone środki finansowe przekazywane podmiotom przez płatnika publicznego, skutkujące realizacją świadczeń o wartości przekraczającej kontrakt z NFZ, które częściowo nie podlegały późniejszej płatności;

- b) ograniczone możliwości realizowania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) świadczeń komercyjnych, finansowanych przez pacjentów (Ustawa, 2011, art. 44)¹;
- c) błędy zarządcze

podmioty lecznicze w Polsce, w szczególności funkcjonujące w formie SPZOZ oraz spółek z większościovym udziałem podmiotów publicznych, od wielu lat zmagają się z problem zadłużenia i przewlekłym brakiem rentowności (*Restrukturyzacja...*, 2016, s. 67). Wprowadzenie ujednoczonego zbioru wskaźników pozwalających na dokonanie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ postulowane było już w 2007 roku, kiedy to powstał projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali wprowadzający cztery grupy wskaźników do pomiaru zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia (<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=813&ml=pl&mi=813&mx=0&mt=&my=937&ma=07986>). Ostatecznie obowiązek corocznego sporządzenia raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej został zapisany w art. 53a Ustawy (2016), a wskaźniki te zdefiniowane zostały z drobnymi modyfikacjami w Załączniku do Rozporządzenia (2017). Należy przy tym zauważyć, że wskaźniki zawarte w Rozporządzeniu skupiają się wyłącznie na finansowych aspektach działalności SPZOZ. Nie wykraczają one poza standardowo stosowaną w przedsiębiorstwach analizę finansową, różnic doszukiwać się można natomiast w ich interpretacji. Ministerstwo Zdrowia kładzie nacisk na zachowanie przez SPZOZ płynności finansowej oraz utrzymywanie niskiego poziomu zadłużenia (odpowiadające łącznie za blisko 65% oceny). Zyskowność podmiotów oraz ich efektywność (określona poprzez wskaźniki rotacji należności i zobowiązań) okazały się w tym wypadku znacznie mniej istotne z punktu widzenia Ministerstwa.

W literaturze pojawiają się również propozycje innych wskaźników finansowych do oceny efektywności finansowej SPZOZ. Wśród nich wymienić należy między innymi:

- a) wskaźnik produktywności aktywów oraz wskaźnik finansowania majątku trwałego (Krzeczewski, 2014, s. 7);
- b) wskaźnik produktywności na 1 etat lub 1 łóżko (Dubas, 2011, s. 112);
- c) wskaźnik udziału przychodów ze sprzedaży produktów NFZ w przychodach ze sprzedaży produktów (Kopiński, Porębski, 2016, s. 767);
- d) wskaźnik udziału kosztów wynagrodzeń i ich pochodnych w kosztach działalności operacyjnej (Porębski, 2016);

¹ <http://bieganski.com.pl/other/doc/1612/scan0021.pdf> – interpretacja Ministerstwa Zdrowia z 17 września 2012 r. na rzecz P. Jolanty Stefanek, Wiceprezesa Oddziału IV Centralnego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

e) wskaźnik rotacji zapasów, aktywów obrotowych oraz zaangażowanych aktywów (Warelis, 2011, s. 194).

Cechują się one jednak stosunkowo dużym stopniem ogólności, w związku z czym ich wykorzystanie do porównania efektywności podmiotów leczniczych może utrudniać wyciągnięcie poprawnych wniosków.

Poza oceną efektywności finansowej powszechnie stosowane są w szpitalach wskaźniki oparte na danych statystycznych, które umożliwiają ocenę działalności medycznej jednostki. Należą do nich przede wszystkim (Dubas, 2011, s. 112):

- wskaźnik obłożenia łóżek,
- wskaźnik przelotowości łóżka,
- liczba pacjentów na 1 łóżko,
- średni czas pobytu pacjenta na oddziale,
- stosunek liczby pacjentów do liczby personelu medycznego.

Należy przy tym zauważyć, że stosowane są one często do porównań podmiotów o zróżnicowanej strukturze i profilu działalności, co może być przyczyną wyciągania wniosków niezajdujących potwierdzenia w ich realnym funkcjonowaniu, a także podejmowania na ich podstawie błędnych decyzji zarządczych. Sytuacja ta może występować również w przypadku porównywania tożsamy z punktu widzenia zakresu umowy z płatnikiem publicznym komórek organizacyjnych, jednak charakteryzujących się zróżnicowaną strukturą realizowanych świadczeń. Podstawą do nowego spojrzenia na pomiar efektywności podmiotów leczniczych są też zmiany w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające z wprowadzenia tak zwanej sieci szpitali i związanego z tym finansowania ryczałtowego części świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych (Ustawa, 2013, art. 1, ust. 3).

Ze względu na przedstawioną powyżej niedoskonałość dotychczas stosowanych mierników, autor w dalszej części artykułu przedstawił propozycję wskaźników, które pełnić mogą funkcję uzupełniającą wobec nich. Charakteryzują się one wyższym stopniem szczegółowości oraz naciskiem na wybrane aspekty działalności podmiotów leczniczych, które w opinii autora mogą być kluczowe dla realizacji celów stawianych przed jednostkami ochrony zdrowia. Przy opracowaniu wskaźników odnoszących się do działalności finansowej duży nacisk położony został na realizację umowy z NFZ, a także efektywne wykorzystanie posiadanego majątku, w szczególności sfinansowanego ze źródeł zewnętrznych (dotacje z Regionalnych Programów Operacyjnych, budżetu państwa lub od podmiotu tworzącego). W przypadku badania efektywności działalności podstawowej podmiotów leczniczych szczególny nacisk położono na wskaźniki, które spełniają następujące założenia:

a) charakteryzują się dużą uniwersalnością dla zróżnicowanych podmiotów zdrowotnych;

b) odnoszą się do zakresów działalności podmiotów leczniczych, które należy uznać za priorytetowe, czyli:

- związanych z leczeniem chorób onkologicznych,
- badających skuteczność oraz jakość wybranych obszarów leczenia,
- opisujących dostęp do świadczeń ze strony pacjentów,
- związanych ze świadczeniami o największym prawdopodobieństwie sfinansowania przez płatnika nadwykonań.

Przedstawione poniżej wskaźniki zostały stworzone na podstawie indywidualnych doświadczeń autora w pracy analitycznej i controllingowej w podmiotach leczniczych o zróżnicowanej strukturze właścicielskiej, profilu działalności oraz sytuacji finansowej.

2. Wskaźniki wykorzystywane do oceny efektywności finansowej działalności podmiotów leczniczych

W niniejszym opracowaniu pominięto podstawowe wskaźniki wykorzystywane do oceny efektywności finansowej przedsiębiorstw, w tym opisywane we wcześniejszej części artykułu, prezentując jedynie wskaźniki opracowane przez autora, dostosowane do specyfiki działalności podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej.

Tabela 1. Wskaźnik udziału materiałów refundowanych w kontrakcie/efektywna wartość kontraktu

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik udziału materiałów refundowanych w kontrakcie/efektywna wartość kontraktu	<p>Wyrażony w postaci procentowej:</p> $\frac{\text{Koszt materiałów refundowanych}}{\text{Wartość kontraktu z NFZ w badanym okresie}}$ <p>lub postaci wartościowej:</p> $\text{Wartość kontraktu z NFZ w badanym okresie} - \text{Koszt materiałów refundowanych}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten służy do określenia efektywnej wartości kontraktu, która może odpowiadać za generowanie dodatniego wyniku finansowego w jednostce. Poprzez materiały refundowane rozumie się:

- a) materiały, które refinansowane są przez NFZ jako odrębne pozycje w kontrakcie (np. leki zużywane w programach lekowych lub materiały wszczepiane w ramach świadczeń finansowanych odrębnie);
- b) wszczepiany podczas zabiegów kosztowny sprzęt jednorazowego użytku, który znajduje swoje odzwierciedlenie w wycenie świadczenia (np. endoprotezy, stenty, soczewki) lub kosztochłonne leki wykorzystywane w procesie leczenia (np. leki trombolityczne w ramach leczenia udarów).

Tabela 2. Wskaźnik efektywności wykorzystania kontraktu

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik efektywności wykorzystania kontraktu	$\frac{\text{(Wartość nadwykonań sfinansowanych z przesunięć + pozostałe zmniejszenia kontraktu w ramach przesunięć + pozostałe niewykonania na koniec badanego okresu)}}{\text{Bazowa wartość kontraktu}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten pokazuje, w jakim stopniu jednostka wykorzystywała kontrakt w ramach obowiązującej umowy z NFZ. Niewykonania oznaczają sytuację, w której wartość wykonanych świadczeń ze strony jednostki jest mniejsza niż wynikająca z umowy z płatnikiem. Środki z niewykonań mogą być częściowo przesunięte na sfinansowanie nadwykonań w innych zakresach świadczeń. Równocześnie, po dokonaniu przesunięć, umowa może zostać dodatkowo pomniejszona o wartość niewykonań przewyższającą wartość nadwykonań (co powinno zostać uwzględnione przy obliczaniu wskaźnika).

Wskaźnik może zostać wykorzystany zarówno do badania całej umowy z NFZ, jak i również poszczególnych rodzajów świadczeń.

Tabela 3. Wartość zobowiązań wymagalnych do wartości nieopłaconych nadwykonań

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wartość zobowiązań wymagalnych do wartości nieopłaconych nadwykonań	$\frac{\text{Wartość zobowiązań wymagalnych}}{\text{Wartość nieopłaconych nadwykonań}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten pokazuje, w jakim stopniu problemy jednostki z płynnością finansową związane są z realizowanymi przez nią nadwykonaniami.

Tabela 4. Wzrost wartości zobowiązań do wartości nieopłaconych nadwykonań

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wzrost wartości zobowiązań do wartości nieopłaconych nadwykonań	$\frac{\text{(Bieżąca wartość zobowiązań – Wartość zobowiązań w okresie bazowym)}}{\text{Wartość zrealizowanych, nieopłaconych nadwykonań}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten opisuje zdolność jednostki do zachowywania płynności finansowej w kontekście realizowanych nadwykonań, dla których płatność jest niepewna i przesunięta w czasie. Jako okres bazowy najczęściej stosowany będzie stan na początek okresu rozliczeniowego. Im wyższa wartość wskaźnika, tym w większym stopniu jednostka zmuszona jest poszukiwać zewnętrznych źródeł finansowania nadwykonań (w tym w formie kredytu kupieckiego). Wartość wskaźnika przekraczająca 1,00 może świadczyć o problemach jednostki z generowaniem dodatkowego wyniku finansowego (nawet w przypadku uzyskania pełnej płatności ze strony NFZ).

W przypadku realizowania zadań inwestycyjnych, których finansowanie mogłoby wpłynąć na zaburzenie obrazu wyżej wymienionego wskaźnika, łączną wartość zobowiązań można zastąpić sumą wartości zobowiązań krótkoterminowych oraz kredytów i pożyczek zaciągniętych na finansowanie bieżącej działalności jednostki.

Tabela 5. Współczynnik uryczałowienia

Nazwa wskaźnika	Wzór
Współczynnik uryczałowienia	$\frac{\text{Wartość świadczeń objętych ryczałtem}}{\text{Przychody z NFZ ogółem}}$

Źródło: opracowanie własne.

Im wyższa wartość wskaźnika, tym większa stabilność finansowania podmiotu, jednak równocześnie maleje zdolność do generowania potencjalnych dodatkowych przychodów przez realizację świadczeń ponadlimitowych.

Tabela 6. Wskaźnik stopnia wykorzystania ryczałtu

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik stopnia wykorzystania ryczałtu	Wycena świadczeń zrealizowanych w ramach ryczałtu / Wartość ryczałtu

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy wskaźnik stanowi kluczowy parametr do oceny działalności podmiotu leczniczego od momentu wdrożenia tak zwanej sieci szpitali. Powinien być monitorowany na bieżąco i podlegać kwartalnej ocenie. Od jego wartości zależy finansowanie jednostki w kolejnych okresach rozliczeniowych – wartość poniżej 98% powoduje zmniejszenie finansowania w kolejnych okresach (Rozporządzenie, 2017, par. 3, ust. 10), natomiast wykonanie na poziomie powyżej 105% nie jest uwzględniane przy potencjalnym zwiększeniu finansowania (Rozporządzenie, 2017, par. 3, ust. 13).

Tabela 7. Wynik finansowy skorygowany o przychody operacyjne odpowiadające amortyzacji środków trwałych zakupionych z dotacji

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wynik finansowy skorygowany o przychody operacyjne odpowiadające amortyzacji środków trwałych zakupionych z dotacji	Wynik finansowy – przychody operacyjne odpowiadające amortyzacji środków trwałych zakupionych z dotacji

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten obrazuje rzeczywistą zdolność posiadanego majątku do generowania zysku. Jego wartość może być przydatna przy porównywaniu jednostek o zróżnicowanych źródłach finansowania inwestycji oraz zakupów środków trwałych.

Tabela 8. Wartość amortyzacji w stosunku do przychodów

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wartość amortyzacji w stosunku do przychodów	Amortyzacja / Przychody ogółem lub (Amortyzacja – Amortyzacja środków trwałych zakupionych z dotacji) / Przychody z działalności podstawowej

Źródło: opracowanie własne.

Zbyt wysoki poziom amortyzacji w stosunku do przychodów może świadczyć o nadmiernych wydatkach inwestycyjnych podmiotu, niewspółmiernych do jego zdolności do generowania przychodów. Należy przy tym pamiętać, że w wielu przypadkach realizacja inwestycji nie stanowi gwarancji uzyskania finansowania nowych świadczeń ze strony NFZ, co należy uwzględnić przy ocenie powyższego wskaźnika.

Biorąc pod uwagę fakt, że duża część realizowanych w ostatnich latach inwestycji finansowana jest przy wykorzystaniu kapitału zewnętrznego w postaci dotacji Unii Europejskiej, podmiotu założycielskiego lub budżetu państwa, które znajdują odzwierciedlenie zarówno po stronie kosztowej (amortyzacja), jak i przychodowej (równowartość umorzenia środków trwałych zakupionych z dotacji po stronie przychodów operacyjnych), bardziej adekwatny do pomiaru może się okazać drugi wariant wskaźnika. Pozwala on ocenić zdolność do generowania przychodów wyłącznie ze strony środków trwałych zakupionych ze środków własnych jednostki.

Tabela 9. Wskaźnik efektywności zadań dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik efektywności zadań dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych	$\frac{\text{Wzrost wartości przychodów z tytułu zrealizowania zadań dofinansowanych w ramach dotacji}}{\text{Amortyzacja środków trwałych zakupionych w ramach zadań zrealizowanych z wykorzystaniem dotacji}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten obrazuje, w jakim stopniu zrealizowanie zadań, które zostały dofinansowane w ramach dotacji (np. ze środków Unii Europejskiej lub od podmiotu tworzącego), przekłada się na zdolność jednostki do generowania przychodów. Jest on szczególnie istotny ze względu na fakt, że ocena efektywności realizowanych zadań dofinansowanych w ramach dotacji oraz ich wpływu na funkcjonowanie jednostki na podstawie wyniku finansowego jest utrudniona. Wynika to z równoległego ewidencjonowania amortyzacji dofinansowanych środków trwałych zarówno po stronie kosztów, jak i przychodów operacyjnych, co sprawia, że są one neutralne dla wyniku finansowego.

Wskaźnik może być liczony zarówno dla pojedynczych zadań, jak i wszystkich zadań zrealizowanych przez jednostkę. W przypadku prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej *Wzrost wartości przychodów z tytułu realizowanych zadań* zastąpiony może zostać przez *Zysk z tytułu realizowanych zadań dofinansowanych w ramach dotacji*.

3. Wskaźniki wykorzystywane do oceny efektywności działalności podstawowej podmiotów leczniczych

Poniższe wskaźniki odnoszą się do oceny efektywności działalności podstawowej podmiotów leczniczych, w związku z czym są bezpośrednio związane z realizowanymi w podmiotach świadczeniami leczniczymi.

Tabela 10. Współczynnik efektywności poradni specjalistycznych

Nazwa wskaźnika	Wzór
Współczynnik efektywności poradni specjalistycznych	$\frac{\text{Koszt zleconych badań diagnostycznych w poradni specjalistycznej}}{\text{Wartość punktowa zrealizowanych porad ambulatoryjnych}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten obrazuje, w jakim stopniu zlecane przez lekarzy badania diagnostyczne przekładają się na zwiększenie wykonania punktowego zrealizowanych świadczeń. Wskaźnik ten jest szczególnie przydatny przy ustalaniu wynagrodzenia lekarzy kontraktowych uzależnionego od wartości zrealizowanych świadczeń.

Zastosowanie wartości wyrażonej w punktach rozliczeniowych w miejsce wartości wyrażonej w złotych wynika ze zmienności stawek w ramach umowy z NFZ.

Tabela 11. Współczynnik efektywności diagnostyki onkologicznej

Nazwa wskaźnika	Wzór
Współczynnik efektywności diagnostyki onkologicznej	$\frac{\text{Wartość zleconych badań patomorfologicznych}}{\text{Wartość zrealizowanych świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego z rozpoznaniem onkologicznym}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten obrazuje skuteczność diagnozowania nowotworów przez zespół lekarski. W podstawowej wersji wskaźnika uwzględnione powinny zostać nowotwory z rozpoznaniem z grupy C (oraz D wyłącznie dla nowotworów o charakterze nieustalonym) w ramach klasyfikacji ICD10.

Tabela 12. Wskaźnik zmienności w zakresie położnictwa

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik zmienności w zakresie położnictwa	$\frac{\text{Liczba porodów}}{\text{Liczba porad ambulatoryjnych w poradni ginekologiczno-położniczej}}$

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na fakt, iż duża część ciężarnych decyduje się na poród w wybranej jednostce, wartość tego wskaźnika prezentuje jeden z istotnych aspektów wyżej wymienionej decyzji, czyli dostępność i jakość opieki lekarskiej w czasie trwania ciąży. Odływ pacjentek przy zwiększaniu dostępności do porad lekarskich może też wskazywać na zastrzeżenia związane z posiadaną bazą lokalową.

Powyższy wskaźnik może zostać zmodyfikowany poprzez:

- a) przemnożenie wskaźnika o wartość współczynnika odpowiadającego rocznej zmianie liczby porodów w skali regionu lub kraju (na podstawie danych GUS);
- b) ograniczenie danych na temat liczby porad ambulatoryjnych do świadczeń, dla których głównym rozpoznaniem ICD10 jest ciąża.

Tabela 13. Współczynnik zaangażowania komercyjnego

Nazwa wskaźnika	Wzór
Współczynnik zaangażowania komercyjnego	$\frac{\text{Wartość świadczeń komercyjnych}}{\text{Wartość świadczeń finansowanych ze środków publicznych}}$

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik ten prezentuje stopień uzależnienia jednostki lub oddziału od finansowania ze środków publicznych.

Tabela 14. Wskaźnik zakażeń wewnątrzszpitalnych

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik zakażeń wewnątrzszpitalnych	$\frac{\text{Liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych}}{\text{Liczba leczonych pacjentów}}$ <p style="text-align: center;">lub</p> $\frac{\text{Liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych}}{\text{Liczba zrealizowanych osobodni}}$

Źródło: opracowanie własne.

Występowanie zakażeń wewnątrzszpitalnych jest jednym z istotnych czynników jakościowych udzielanych świadczeń. Dążenie do ich wyeliminowania lub znaczącego ograniczenia powinno być jednym z kluczowych wyzwań dla osób odpowiedzialnych za epidemiologię w jednostkach.

Wskaźnik może przyjmować dwie formy, których zastosowanie uzależnione jest od charakteru jednostki – wykorzystanie wariantu uwzględniającego liczbę

zrealizowanych osobodni zalecane jest przy porównywaniu podmiotów o mocno zróżnicowanej działalności.

Tabela 15. Wskaźnik wielkości kolejki medycznej

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik wielkości kolejki medycznej	$\frac{\text{Liczba pacjentów w kolejce medycznej}}{\text{Liczba pacjentów leczonych na oddziale (rocznie)}}$

Źródło: opracowanie własne.

Liczba osób oczekujących na realizację świadczenia (tworząca kolejkę medyczną) może być ważnym aspektem wykorzystywanym przy porównywaniu jednostek. Wysoka wartość wskaźnika świadczy o dużym zapotrzebowaniu na realizację świadczenia, a także o potencjale do realizacji nadlimitów. Wraz z rosnącym czasem oczekiwania rośnie również elastyczność ze strony pacjentów związana z chęcią przyspieszenia leczenia. Dzięki temu jednostce łatwiej uzupełniać wolne terminy związane z rezygnacją lub dyskwalifikacją innych pacjentów z planowanych zabiegów. Wyższe jest też prawdopodobieństwo uzyskania płatności za zrealizowane nadwykonania.

Tabela 16. Średni czas oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego (w dniach)

Nazwa wskaźnika	Wzór
Średni czas oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego (w dniach)	$\frac{\text{Suma czasu oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego w badanym okresie}}{\text{Liczba badań patomorfologicznych w badanym okresie}}$

Źródło: opracowanie własne.

Czas jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o skuteczności leczenia onkologicznego. W związku z tym skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę powinno być jednym z kluczowych działań osób odpowiedzialnych za koordynację procesu leczenia. Dane na temat czasu oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego możliwe są zazwyczaj do określenia na podstawie danych z użytkowanego przez jednostkę systemu informatycznego (przy własnej pracowni patomorfologicznej) lub na podstawie załączników do faktur wystawianych przez podmiot realizujący usługę outsourcingową.

Tabela 17. Wskaźnik efektywności pracowni diagnostyki obrazowej

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik efektywności pracowni diagnostyki obrazowej	$\frac{\text{Liczba zrealizowanych badań obrazowych w trybie pozadyżurowym} / \text{Liczba etatów przeliczeniowych techników RTG}}{\text{Liczba opisów z zakresu diagnostyki obrazowej} / \text{Suma wynagrodzeń lekarzy radiologów}}$

Źródło: opracowanie własne.

Badania diagnostyki obrazowej stanowią jeden z najistotniejszych obszarów działalności pomocniczej w podmiotach leczniczych. Sprawność funkcjonowania pracowni może przekładać się zarówno na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów, jak i wzrost ich satysfakcji. Należy pamiętać, że jakość opisu badań może mieć porównywalny lub większy wpływ na skuteczność dalszego leczenia, w związku z czym powyższy wskaźnik nie powinien być jedynym wyznacznikiem efektywności funkcjonowania pracowni.

W przypadku szerszego zakresu świadczeń realizowanych przez pracownię diagnostyki obrazowej wskaźniki mogą zostać uzupełnione o wagi przypisane do poszczególnych rodzajów badań, które odpowiadają proporcjonalnie czasowi ich realizacji w jednostce.

Tabela 18. Wskaźnik efektywności badań przesiewowych

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik efektywności badań przesiewowych	$\frac{\text{Liczba pacjentów objętych badaniami w badanym okresie}}{\text{Liczba osób w grupie ryzyka}}$

Źródło: opracowanie własne.

Badania przesiewowe są jedną z najskuteczniejszych form profilaktyki. Wczesne wykrycie schorzenia znacząco zwiększa szanse na skuteczność leczenia, a także pozwala znacząco ograniczyć koszty (zarówno związane z prowadzoną terapią, jak i społeczne). W związku z powyższym jednostki realizujące świadczenia typu programy profilaktyczne powinny monitorować ich skuteczność. Niska wartość wskaźnika w porównaniu z innymi jednostkami może świadczyć o niewystarczających działaniach informacyjnych lub też o odpływie pacjentów do innych podmiotów realizujących świadczenia w danym zakresie.

Tabela 19. Wskaźnik rehospitalizacji

Nazwa wskaźnika	Wzór
Wskaźnik rehospitalizacji	Liczba rehospitalizacji (poniżej 14 dni) / Liczba hospitalizacji ogółem

Źródło: opracowanie własne.

Rehospitalizacje w okresie krótszym niż 14 dni od wypisu ze szpitala (przy zachowaniu niezmienionej przyczyny leczenia) traktowane są przez NFZ jako kontynuacja wcześniejszego leczenia. W związku z tym częstotliwość ich występowania może świadczyć o jakości i skuteczności prowadzonego leczenia.

Podsumowanie

Sektor ochrony zdrowia w Polsce jest obszarem podlegającym ścisłym regulacjom. Przeważająca część podmiotów funkcjonujących na rynku należy ponadto do sektora finansów publicznych, co sprawia, że jednostki w wielu przypadkach funkcjonują w warunkach nierynkowych potęgowanych silną presją ze strony podmiotów tworzących oraz społeczeństw lokalnych. W związku z tym, wynik finansowy oraz wskaźniki finansowe w wielu przypadkach pełnią funkcję drugoplanową w stosunku do innych mierników umożliwiających ocenę efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych. Wynik finansowy na poziomie zbliżonym do zera lub nawet na poziomie ujemnym, ale umożliwiającym zachowanie płynności finansowej, bywa często akceptowany przez podmiot tworzący w przypadku realizacji innych zadań stawianych przed jednostką. Wskaźniki umożliwiające pomiar między innymi tych celów zaprezentowano w części artykułu dotyczącej efektywności działalności podstawowej. Zaproponowane wskaźniki do oceny efektywności finansowej koncentrują się nie na zdolności do generowania przez podmiot leczniczy zysku (który jest skądinąd pożądanym), ale na zdolności do zachowania płynności finansowej, efektywności prowadzonych działań inwestycyjnych (z uwzględnieniem zróżnicowanych źródeł finansowania), a także optymalnym wykorzystaniu środków publicznych w ramach posiadanego kontraktu z NFZ.

W opinii autora wskaźniki powszechnie stosowane w branży medycznej mają charakter zbyt ogólny dla porównywania jednostek o zróżnicowanym profilu działalności. Wskaźniki zaprezentowane w niniejszym artykule są dużo mniej uniwersalne, jednak w większym stopniu ukierunkowane na realizację celów stawianych podmiotom leczniczym i przy doborze właściwej grupy porównawczej (o zbliżonym profilu działalności) mogą stanowić skuteczne narzędzie do oceny efektywności

funkcjonowania podmiotów leczniczych zarówno na płaszczyźnie finansowej, jak i medycznej. Wnioski płynące z ich zastosowania umożliwiają zwiększenie stopnia zaspokojenia potrzeb wszystkich interesariuszy, w szczególności:

- a) pacjentów poprzez badanie i usprawnianie newralgicznych obszarów leczenia;
- b) właścicieli/podmiotów tworzących poprzez monitorowanie efektywności zaangażowanych środków finansowych, a także pod kątem ryzyka konieczności pokrycia straty w myśl art. 59 Ustawy (2018);
- c) NFZ (oraz pośrednio Ministerstwa Zdrowia) poprzez badanie i zwiększanie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na leczenie.

Przedstawione wskaźniki służące do pomiaru efektywności działalności finansowej oraz podstawowej (leczniczej) w podmiotach leczniczych mają za zadanie umożliwić prowadzenie analiz porównawczych większej liczby jednostek, najczęściej o zbliżonym profilu działalności, a także działań controllingowych w poszczególnych podmiotach leczniczych. Badaniu podlegać mogą:

- a) wartość bazowa wskaźnika, która może zostać określona na podstawie danych porównawczych z innych jednostek lub też na podstawie danych z badanej jednostki dla okresu bazowego o zdefiniowanym przez badającego horyzoncie czasowym;
- b) wartość docelowa wskaźnika, która definiowana jest przez osobę prowadzącą działania controllingowe na podstawie określonej wcześniej wartości bazowej;
- c) wartość bieżąca wskaźnika, która określana jest na podstawie aktualnych danych opisujących stan badanego obszaru działalności; na jej podstawie określone może zostać odchylenie od wartości docelowej wskaźnika, dzięki któremu możliwe jest zdefiniowanie działań zarządczych mających na celu przybliżenie jednostki do osiągnięcia planowanych rezultatów lub też dokonania korekty wartości docelowej ze względu na zmianę uwarunkowań zewnętrznych lub wewnętrznych.

Dobór wskaźników przez osoby prowadzące badanie efektywności w podmiocie leczniczym powinien zostać poprzedzony analizą zasadności ich zastosowania w danej jednostce. Przeciwwskazaniami do wyboru wskaźnika mogą być między innymi:

- a) występowanie zdarzeń jednorazowych istotnie wpływających na jego wartość;
- b) brak dostępu do danych porównawczych (historycznych lub z innych jednostek);

- c) brak wiarygodnych danych źródłowych do przeprowadzenia analizy porównawczej (przed jej przeprowadzeniem należy ujednoczyć prowadzoną sprawozdawczość w porównywanych jednostkach bądź obszarach);
- d) mała istotność wskaźnika dla prowadzonej działalności (np. dobór wskaźnika określającego skuteczność prowadzonej terapii onkologicznej dla jednostki specjalizującej się w innych rodzajach świadczeń).

Literatura

- Dubas, K. (2011). Problematyka efektywności w Ochronie Zdrowia – znaczenie i metody pomiaru. *Problemy Zarządzania*, 9 (3), 102–125.
<http://bieganski.com.pl/other/doc/1612/scan0021.pdf> (7.05.2018).
<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=813&ml=pl&mi=813&mx=0&mt=&my=937&ma=07986> (17.07.2017).
- Kopiński, A., Porębski, D. (2016). Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 4 (82), 2, 761–772.
- Krzeczewski, B. (2014). Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 802, *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 65, 569–581.
- Porębski, D. (2016). *Pomiar efektywności ekonomicznej szpitala z wykorzystaniem zrównoważonej karty wyników*. Wrocław: Wyd. UW. Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów.
- Restrukturyzacja wybranych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych* (2016). Warszawa: NIK.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.04.2017 w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dz.U. poz. 832.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26.09.2017 w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. poz. 1783.
- Ustawa z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej. Dz.U. 2018. poz. 160.
- Ustawa z dnia 23.03.2017 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. poz. 844.
- Warelis, A. (2011). Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 802, *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 44, 183–193.