



System pomiaru i oceny dokonań szpitala

pod redakcją
Marii Hass-Symotiuk



ABC

a Wolters Kluwer business

System pomiaru i oceny dokonań szpitala

pod redakcją
Marii Hass-Symotiuk



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2011

Recenzent

Prof. zw. dr hab. Kazimierz Sawicki

Wydawca

Izabella Malecka

Redaktor prowadzący

Joanna Maż

Opracowanie redakcyjne

Agata Czuj

Skład i łamanie

Anna Atanaziewicz

Autorstwo poszczególnych części:

Maria Hass-Symotiuk – wstęp, rozdział 1

Magdalena Kludacz – rozdział 2

Przemysław Mućko – rozdział 3

Hanna Jakimowicz – rozdział 4

© Copyright by

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2011

ISBN: 978-83-264-1337-7

Wydane przez:

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Szpital jako podmiot oceny przez różnych interesariuszy.....	11
1.1. Istota i cechy szpitala	11
1.2. Typologia szpitali.....	20
1.3. Interesariusze szpitala, ich cele i oczekiwania.....	27
1.4. Organy założycielskie szpitali i ich rola w ocenie dokonań.....	33
1.5. Nadzór i kontrola nad działalnością szpitali.....	50
Rozdział 2. Specyfika systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali.....	63
2.1. Dokonania jako baza pomiaru i oceny.....	63
2.2. Istota i elementy systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali.....	75
2.3. Zasady opracowania i wdrożenia systemu pomiaru i oceny dokonań	86
2.4. Funkcje systemu pomiaru i oceny dokonań w szpitalach	95
2.5. Mierniki pomiaru i oceny dokonań i ich typologia	105
Rozdział 3. Rachunkowość jako podstawa systemu oceny dokonań szpitali.....	117
3.1. Wykorzystanie rachunkowości finansowej do oceny dokonań szpitali	117
3.2. Pomiar dokonań w rachunkowości zarządczej	132
3.3. Instrumenty pomiaru dokonań w rachunkowości zarządczej	137
3.3.1. Narzędzia doskonalące pomiar dokonań finansowych	138
3.3.2. Pomiar dokonań wykorzystujący informacje ze sprawozdawczości finansowej	153
3.3.3. Wielokryterialne narzędzia pomiaru dokonań	156
3.4. Komunikacja informacji o dokonaniach różnym odbiorcom.....	162
Rozdział 4. Zbilansowana karta wyników jako podstawa systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali	166
4.1. Założenia modelu systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali	166
4.2. Ogólna charakterystyka zbilansowanej karty wyników w szpitalach.....	170

4.3. Płaszczyzny pomiaru i oceny dokonań w szpitalach.....	177
4.3.1. Perspektywy według klasycznej koncepcji Kaplana i Nortona.....	178
4.3.2. Perspektywy według niemieckich rozwiązań Friedaga i Schmidta	183
4.3.3. Propozycja perspektyw pomiaru i oceny dokonań szpitala	185
4.4. Mierniki i wskaźniki proponowane do pomiaru i oceny dokonań szpitali i ich prezentacja	190
4.4.1. Mierniki i wskaźniki w perspektywie finansowej.....	192
4.4.2. Mierniki i wskaźniki w perspektywie klienta.....	193
4.4.3. Mierniki i wskaźniki w perspektywie procesów wewnętrznych.....	194
4.4.4. Mierniki i wskaźniki w perspektywie rozwoju.....	195
4.4.5. Proponowane mierniki i wskaźniki dla szpitala	198
4.4.6. Projekt modelu zbilansowanej karty wyników	202
4.5. Warunki implementacji zbilansowanej karty wyników w polskich szpitalach.....	206
Spis tabel i rysunków	211
Wykaz aktów prawnych	213
Literatura	215

———— WSTĘP ————

Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej odbywa się na trzech szczeblach: makro (przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia), mezo (m.in. organy założycielskie) i mikro (pojedyncze zakłady opieki zdrowotnej). Ograniczoność środków finansowych, ustawiczny wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych, a także nacisk na skuteczność realizowanych świadczeń zdrowotnych i racjonalne wykorzystanie zasobów powodują zwiększone zainteresowanie uczestników procesu decyzyjnego różnych szczebli zarządzania ochroną zdrowia informacjami ekonomiczno-statystycznymi. Informacje te są niezbędne do podejmowania decyzji zarówno dotyczących kreowania i komunikowania polityki zdrowotnej, jak i formułowania i realizacji strategii na odpowiednich szczeblach zarządzania systemem opieki zdrowotnej.

Szczególną rolę w tym systemie odgrywają szpitale publiczne. Są one z jednej strony zasadniczym producentem informacji o prowadzonej działalności, a z drugiej – przekazują (komunikują) je wszystkim szczeblom zarządzania. Poprawę efektywności gospodarowania oraz wykorzystanie tych informacji w zarządzaniu całym systemem opieki zdrowotnej, to jest na szczeblu mezo i na szczeblu makro, powinien zapewnić właściwie zaprojektowany i sprawnie działający system pomiaru i oceny dokonań szpitali.

Prawidłowo skonstruowany, wieloaspektowy system pomiaru i oceny dokonań określający obszary działalności szpitala podlegające ocenie, a w ich ramach zestaw odpowiednio dobranych mierników i wskaźników tworzy warunki do zwiększenia skuteczności zarządzania. Może też być bazą do budowy wewnętrznego systemu motywacji. Znajomość koncepcji oceny oraz dysponowanie informacjami w tym zakresie umożliwia dokonywanie porównań szpitali w czasie i w przestrzeni.

Pomiar dokonań szpitali nastrocza wielu problemów, co wynika ze specyfiki działalności tych jednostek. Jest on uzależniony od celów stawianych szpitalom, które są wielorakie i obejmują: cele społeczne, medyczne, ekonomiczne. Można je ujmować jakościowo, ilościowo lub wartościowo. Każdy z celów wymaga doboru stosownej miary stopnia jego

osiągnięcia. Przy tym za istotne cele szpitali uznaje się zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, ich dostępności, ciągłości i kompleksowości oraz efektywności. Z tego powodu dokonywane aktualnie oceny szpitali na podstawie wyników finansowych mają ograniczoną wartość poznawczą.

Przygotowana książka stanowi kompendium wiedzy o systemie pomiaru i oceny dokonań szpitali publicznych i niepublicznych. Jest ona rezultatem studiów literatury światowej i krajowej oraz wyników badań prowadzonych przez zespół Katedry Rachunku Kosztów Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego w ramach projektu finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Prezentowane w niej treści zostały dostosowane do specyfiki działalności szpitali oraz realizowanych przez nie celów i zadań.

Treści pracy ujęto w czterech rozdziałach. W rozdziale pierwszym omówiono istotę i rodzaje szpitali pełniących w systemie opieki zdrowotnej szczególną rolę, ze względu na wielość konsumowanych środków finansowych oraz pełnione funkcje. Zwrócono w nim uwagę na specyficzne cechy tych jednostek i wytwarzanych przez nie produktów (świadczeń zdrowotnych), a także na różnych interesariuszy dokonujących oceny działalności szpitali. Ukazano także rolę, jaką pełnią organy założycielskie, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia w systemie oceny dokonań szpitali.

W rozdziale drugim ukazano specyficzne problemy systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali. Na tle identyfikacji dokonań szpitali będących przedmiotem pomiaru i oceny zwrócono uwagę na wielorakość celów realizowanych przez te podmioty oraz potrzebę ich kwantyfikacji (opisu) i pomiaru, a także istotne płaszczyzny (obszary) pomiaru i oceny dokonań szpitali, a w ich ramach mierniki i wskaźniki wykorzystywane do pomiaru i oceny działalności szpitali. Przedmiotem dociekań są obszary: medyczny (ukierunkowany na realizację świadczeń zdrowotnych, w którym centralną pozycję zajmuje pacjent i kadra medyczna) oraz niemedyczny – dotyczący innowacji, administracji i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Ponadto zaprezentowano w nim zasady opracowania i wdrażania tego systemu, koszty i korzyści zeń wynikające oraz funkcje, jakie powinien on pełnić w zarządzaniu szpitalem.

W rozdziale trzecim ukazano rolę rachunkowości stanowiącej podstawowe źródło informacji generowanych na potrzeby oceny dokonań szpi-

tali. Wskazano przy tym na ograniczone możliwości wykorzystania rachunkowości finansowej do całościowej oceny dokonań tych jednostek z uwagi na ich ukierunkowanie na wymiar finansowy, które obrazują sytuację finansową, majątkową i dochodową zakładu opieki zdrowotnej, a pomijają wiele istotnych aspektów oceny działalności szpitali (w tym realizacji celów medycznych, społecznych i ekonomicznych). Te ostatnie wymagają uwzględnienia mierników ilościowych i jakościowych dotyczących zasobów zużywanych w prowadzonej działalności, procesów dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych oraz uzyskanych efektów zarówno finansowych, jak i niefinansowych. Ukazano także narzędzia pomiaru i oceny dokonań stosowane w rachunkowości zarządczej, takie jak: zrównoważona karta wyników, francuska karta wyników, nawigator Skandii, różnorodne panele kontrolne oraz problemy związane z komunikowaniem informacji różnym interesariuszom.

W rozdziale czwartym zaprezentowano zbilansowaną (zrównoważoną) kartę wyników (BSC) stanowiącą podstawę budowy systemu pomiaru i oceny dokonań dla szpitali. Na bazie karty wyników Kaplana i Nortona przedstawiono perspektywy pomiaru i oceny dokonań dla polskich szpitali, wskazując obszary (płaszczyzny) istotne do pomiaru i oceny przez różnych interesariuszy oraz zestaw mierników i wskaźników dla każdej z nich. Monitorowanie i pomiar dokonań umożliwiają dokonywanie oceny działalności szpitali w czasie i w przestrzeni. Omówiono także warunki organizacyjno-techniczne wdrożenia koncepcji zrównoważonej karty wyników w polskich szpitalach.

Zaproponowana koncepcja uwzględnia perspektywy: pacjenta, procesów wewnętrznych, rozwoju, finansową i interesariuszy. Dla każdej z nich dobrano adekwatne mierniki i wskaźniki, odzwierciedlające dokonania szpitala. Zestaw tych wskaźników może być uzupełniany i poszerzany stosownie do potrzeb.

Wykorzystanie systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali powinno doprowadzić do poprawy efektywności wykorzystania zasobów będących w ich dyspozycji, rozumianej jako osiągnięcie założonych efektów zdrowotnych przy optymalnych kosztach, bądź do maksymalizacji efektów zdrowotnych przy ściśle określonych środkach finansowych.

Opracowanie jest przeznaczone dla szpitali zarówno publicznych, jak i niepublicznych. Jego adresatem są: kierownictwo szpitali, w tym także przedstawiciele rad społecznych i nadzorczych odpowiedzialne za efek-

tywne wykorzystanie zasobów będących w ich dyspozycji oraz osoby opracowujące informacje finansowe i statystyczne (to jest pracownicy służb finansowo-księgowych, główni księgowi oraz pracownicy służby statystyki medycznej), jak też kontrolerzy czy audytorzy wewnętrzni szpitali.

Książka może stanowić również pomoc dla organów założycielskich szpitali w sprawowaniu funkcji kontroli i nadzoru oraz płatników (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia). Może być ona także wykorzystana przez słuchaczy studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, studentów studiów ekonomicznych, a także przez agendy wojewody i Ministerstwa Zdrowia dokonujące kontroli działalności zakładów opieki zdrowotnej.

Autorzy wyrażają nadzieję, że może ona również służyć pomocą przy projektowaniu i wdrażaniu rachunkowości zarządczej, jak też stosowaniu nowoczesnych metod zarządzania w szpitalach publicznych i niepublicznych.

Maria Hass-Symotiuk

————— Rozdział 1 —————

SZPITAL JAKO PODMIOT OCENY PRZEZ RÓŻNYCH INTERESARIUSZY

1.1. Istota i cechy szpitala

Najistotniejszą pozycję w systemie opieki zdrowotnej zarówno ze względu na wielkość środków finansowych przeznaczonych na ten cel, jak i pełnione funkcje zajmuje lecznictwo stacjonarne¹. Obejmuje ono różnego typu zakłady opieki zdrowotnej wykonujące świadczenia związane z leczeniem oraz organizacją całodobowej opieki nad chorymi wynikające z ich separacji przestrzennej.

Wśród tych zakładów istotną rolę odgrywają szpitale. Leczenie szpitalne jest bardzo kosztowne i absorbuje w większości państw świata największą i wciąż rosnącą część zasobów przeznaczonych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa².

Szpitale są zakładami przeznaczonymi do leczenia chorych, którzy wymagają ciągłej opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej oraz postępowania leczniczego przez całą dobę. Charakteryzują się one stałą gotowością do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Zakresem działalności szpitali obejmuje się między innymi: diagnostykę, wysokospecjalistyczne usługi i zabiegi lecznicze, opiekę medyczną oraz wiele usług świadczonych ambulatoryjnie, na przykład badania kontrolne dokonywane po wyjściu ze szpitala. Jednostki te występują w roli koordynatora opieki

¹ W obowiązującym ustawodawstwie stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej jest w szczególności szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne.

² S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowad, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty Case 2002, nr 53, s. 161 i n.

zdrowotnej, zapewniając powiązania między wszystkimi uczestnikami procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej.

W literaturze fachowej obserwuje się brak jednoznacznej i powszechnie akceptowanej definicji szpitala. Jest to spowodowane, jak się wydaje, stosowaniem różnego nazewnictwa, na przykład lecznica, klinika, centrum zdrowia. Niejednoznaczność określeń może wynikać z niejasnego charakteru określonej instytucji, dążenia do używania „imponującej nazwy”, trudności rozgraniczenia szpitala od innych zakładów lecznictwa stacjonarnego, na przykład od zakładu dla przewlekle chorych, czy też przejmowania przez szpitale zadań specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego (przychodni). Powoduje to trudności w porównywaniu danych zarówno w skali regionu, kraju, jak i międzynarodowej. Dotyczy to szczególnie takich parametrów, jak liczba łóżek, liczba zatrudnionego personelu medycznego, liczba leczonych pacjentów, czy też wskaźników techniczno-ekonomicznych (np. wskaźnik wykorzystania łóżek, średni czas pobytu pacjenta w szpitalu, liczba lekarzy) i efektywności działania szpitali (np. liczba leczonych pacjentów przypadająca na jednego lekarza, liczba leczonych pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę, liczba łóżek przypadająca na jednego lekarza, koszty leczenia określonej jednostki chorobowej, wielkość uzyskiwanych przychodów na jednego lekarza itp.).

Zdaniem R. Jachowicza: „Szpital jest to zakład opieki zdrowotnej charakteryzujący się stałą gotowością do przyjęcia i umieszczenia w nim pacjenta oraz zapewniający przebywającemu w nim pacjentowi całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną polegającą na obserwacji, rozpoznaniu, pielęgnowaniu i leczeniu”³. Podobnego zdania są autorzy raportu Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych „Opieka zdrowotna w Polsce po reformie”. Ich zdaniem: „Szpital jest zakładem lecznictwa zamkniętego, przeznaczonym do diagnozowania, leczenia i rehabilitacji chorych, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej”⁴. Szpital bywa też określany mianem „przedsiębiorstwa medycznego” czy „instytucji realizującej opiekę nad chorymi”⁵.

³ R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Warszawa 1970, s. 23.

⁴ S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowad, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce...*, s. 161.

⁵ T.E. Genzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Warszawa 2000, s. 196; I. Witczak, *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania. Elementy. Zasady*, Warszawa 2009, s. 16–20.

W innej definicji traktuje się szpital jako podmiot gospodarczy o specyficznym charakterze lub złożoną instytucję dążącą do maksymalizacji celu swojej działalności przez świadczenie zestawu różnorodnych usług przy uwzględnieniu wewnętrznych i zewnętrznych ograniczeń oraz popytu na te usługi⁶. W tej definicji punkt ciężkości został położony na cel działalności szpitala, którym nie jest maksymalizacja wartości dla właścicieli (nawet w szpitalach niepublicznych – jednostkach działających dla zysku), a zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności przez realizację świadczeń zdrowotnych.

Przedstawione definicje zostały uwzględnione w obowiązujących regulacjach prawnych⁷. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej szpitale wymienia się obok innych kategorii zakładów opieki zdrowotnej. W myśl jej postanowień szpital jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, a także prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych⁸ i promocją zdrowia. W tej definicji akcentuje się powinności szpitala, do których należy zapewnienie przyjętym pacjentom świadczeń zdrowotnych, środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, a w wypadku jego pogorszenia powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci niezwłoczne zawiadomienie wskazanej przez chorego osoby lub instytucji (przedstawiciela ustawowego), albo opiekuna faktycznego.

Szpital (będący zakładem opieki zdrowotnej) jest jednostką organizacyjną zatrudniającą odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, która na jego zlecenie wykonuje świadczenia zdrowotne, działania medyczne, usługi nieposiadające cech świadczeń zdrowotnych, a związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (tzw. usługi medyczne) oraz inne usługi mające za zadanie wspomaganie świadczeń zdrowotnych i usług medycznych⁹.

⁶ S.E. Berki, *Hospital Economics*, Toronto 1974, s. 19.

⁷ Art. 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

⁸ Do udzielenia świadczeń zdrowotnych stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

⁹ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 17–18.

Zasadniczą grupę osób pracujących lub współpracujących z zakładem opieki zdrowotnej stanowi profesjonalna kadra medyczna (lekarze i pielęgniarki oraz średni personel medyczny, np. laboranci, technicy). Ponadto w zakładzie pracuje kadra administracyjno-finansowa (w tym kierownictwo) oraz eksploatacyjno-techniczna. W praktyce ogół pracowników i współpracowników tych jednostek dzieli się według kategorii zakładów opieki zdrowotnej na działających w ramach leczenia stacjonarnego (np. w szpitalach), podstawowej opieki zdrowotnej (np. ośrodkach zdrowia, przychodniach), specjalistycznej opieki zdrowotnej (w przychodniach przyszpitalnych, w przychodniach ambulatoryjnych) oraz diagnostyki medycznej (np. w laboratorium analitycznym).

Należy podkreślić, że świadczeń zdrowotnych mogą udzielać tylko osoby wykonujące zawód medyczny.

Ważnym zasobem zakładu opieki zdrowotnej są składniki majątkowe, takie jak: majątek ruchomy (sprzęt, aparatura medyczna, wyposażenie itp.), majątek nieruchomy (np. budynki i budowle) oraz środki finansowe. Celem działania zakładu opieki zdrowotnej jest udzielanie świadczeń zdrowotnych potrzebującym i promocja zdrowia¹⁰.

Zakład opieki zdrowotnej może prowadzić także badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe, realizować zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi i promocją zdrowia oraz uczestniczyć w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny¹¹.

Realizacja świadczeń zdrowotnych nie jest możliwa bez wyodrębnienia organizacyjnego wymienionych zasobów i utworzenia podmiotu działania, jakim jest zakład opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że szpital zdefiniowany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej może być traktowany

¹⁰ Promocja zdrowia, będąca elementem ochrony zdrowia, stanowi ogół działań i inicjatyw podejmowanych przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak i przez inne podmioty, mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, pobudzanie troski o środowiskowe i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Wiąże się ona z działalnością edukacyjną, wychowawczą i informacyjną w zakresie zdrowia. Promocja zdrowia powinna stanowić podstawowy element treści nauczania, wychowania i informowania w tej dziedzinie. Szerzej np. J. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2003; J. Karski, *Postępy promocji zdrowia – przegląd międzynarodowy*, Warszawa 2006.

¹¹ Art. 1 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

jako synonim przedsiębiorstwa. Posiada on bowiem atrybuty właściwe dla przedsiębiorstwa, takie jak¹²:

- a) wyodrębnienie ekonomiczne (posiada odrębność majątkową, reprodukuje we własnym zakresie zużywane zasoby majątkowe, odpłatnie zbywa realizowane świadczenia zdrowotne, ponosi ryzyko ekonomiczne, jego rozwój zależny jest w znacznym stopniu od możliwości pokrycia nakładów na powiększenie zasobów trwałych z wypracowanych nadwyżek);
- b) wyodrębnienie prawne (może być podmiotem obrotu cywilnego z prawem nawiązywania umów i zaciągania zobowiązań);
- c) wyodrębnienie techniczno-organizacyjne (zakład opieki zdrowotnej tworzy wyodrębnioną całość, ma własną strukturę organizacyjną, posiada odrębny zarząd, który pełni funkcje kierownicze w odniesieniu do jego załogi).

Szpital może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej, jak też zespołem jednostek organizacyjnych (w tym przypadku zakład staje się wewnętrzną jednostką organizacyjną zespołu zakładów). Jednakże w każdym z tych rozwiązań musi być on organizacyjnie wyodrębniony. Oznacza to, że w przypadku gdy jest częścią innej jednostki organizacyjnej, musi zostać wyodrębniony w jej ramach. Przy tym to wyodrębnienie powinno zostać odzwierciedlone w statucie.

Produktem szpitala są realizowane świadczenia zdrowotne. Tym mianem w obowiązujących regulacjach prawnych określa się działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Stanowią one element pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej”, których zakresem obejmuje się ponadto świadczenia zdrowotne rzeczowe (związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze) i świadczenia towarzyszące (np. zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu, całodobowa lub całodzienna opieka medyczna, transport sanitarny)¹³. Warto dodać, że

¹² Charakterystykę przedsiębiorstwa prezentuje np. J. Lichtarski, *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 1997.

¹³ Art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych wyszczególniono ponadto takie rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, jak:

- a) świadczenia gwarantowane – świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonym w ustawie;
- b) świadczenia specjalistyczne – świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielonych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- c) świadczenia wysokospecjalistyczne – świadczenia opieki zdrowotnej lub procedury medyczne spełniające łącznie następujące kryteria:
 - udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Z kolei w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej za świadczenia zdrowotne uznaje się trzy zbiory działań, a mianowicie¹⁴:

- a) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia oraz
- b) inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- c) a w szczególności związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób przez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Świadczeniem zdrowotnym jest zatem zespół profesjonalnych działań z wykorzystaniem dostępnej, specjalistycznej wiedzy medycznej oraz aparatury i sprzętu medycznego. Obejmują one diagnostykę, leczenie,

¹⁴ Art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

rehabilitację, opiekę medyczną, opiekę pielęgniarską, hotel, wyżywienie, których rezultatem powinno być przywracanie (wyleczenie, zaleczenie), zachowanie czy poprawa stanu zdrowia pacjenta, umożliwiającą mu pełną sprawność oraz dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Świadczeniem zdrowotnym jest zarówno porada, procedura medyczna, proces leczenia określonego pacjenta czy jednostki chorobowej.

Specyficzne cechy świadczeń zdrowotnych przedstawia tabela 1.1.

Tabela 1.1. Atrybuty świadczeń zdrowotnych

Lp.	Cecha świadczeń zdrowotnych	Uwagi
1.	Trudność określenia jednostki usługowej	Pacjent korzysta jednocześnie z wielu świadczeń (może to być pojedyncza usługa lub pakiet usług).
2.	Niematerialność	Usługi zdrowotne są nieuchwytne, trudne do wyodrębnienia i oceny przez świadczeniobiorcę (pacjenta).
3.	Różnorodność, zindywidualizowany charakter	Usługi są niejednolite, niestandardowe i bardzo urozmaicone, co wynika ze zróżnicowania wykształcenia, doświadczenia personelu medycznego i różnych „sytuacji wyjściowych” w zakresie stanu zdrowia pacjenta.
4.	Aktywny udział pacjenta w procesie leczenia	Potrzeba zaangażowania i akceptacji przebiegu procesu leczenia i zastosowanych w nim metod przez pacjenta.
5.	Swoboda wyboru technologii procesu ich świadczenia przez fachowy personel medyczny	Wybór sposobu leczenia znajduje odzwierciedlenie w zróżnicowaniu kosztów leczenia pacjentów.
6.	Nierozdzielność	Świadczenia zdrowotne są równocześnie „produkowane” i konsumowane przez pacjenta.
7.	Nietrwałość	Brak możliwości magazynowania świadczeń zdrowotnych, dlatego konieczna jest odpowiednia organizacja procesu ich realizacji.
8.	Środowiskowy charakter	Wymaga rozmieszczenia zdolności usługowych w bezpośrednim sąsiedztwie ich odbiorców.
9.	Asymetria informacji między pacjentem a świadczeniodawcą	Pacjent jest uzależniony w zdrowiu czy w chorobie od lekarza. Nie posiada on profesjonalnej wiedzy, jakie świadczenia, w jakiej ilości, są mu potrzebne, co zmusza do przekazania prawa podejmowania decyzji w tym zakresie lekarzowi, który staje się „agentem pacjenta”.

10.	Abstrakcyjny charakter	Nieuchwytność i trudność „wypróbowania” świadczeń zdrowotnych.
11.	Brak gwarancji ich skuteczności	Pacjent nie ma pewności, że po uzyskaniu pomocy będzie wyleczony, podobnie nie jest świadomy skutków zaniechania leczenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Daszkowski, *Usługi, produkcja, rynek, marketing*, Warszawa 1998, s. 37–44; A. Bukowska-Piestrzyńska, *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Warszawa 2007, s. 15–18.

Warto dodać, że szpitale udzielają świadczeń zdrowotnych ogółowi lub docelowej grupie ludności. Specyficzny charakter świadczeń zdrowotnych sprawia, że niektóre z nich są kierowane do określonej grupy, na przykład kobiet w ciąży, dzieci, osób niepełnosprawnych lub grupy zawodowej (np. wojskowych). Świadczenia te są udzielane pacjentom bezpłatnie, za częściową lub pełną odpłatnością. Przy tym bezpłatność nie oznacza, że szpital nie uzyskuje zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne. Zapłata ta jest dokonywana (za pacjenta) przez płatnika (którym może być Narodowy Fundusz Zdrowia, Skarb Państwa czy jednostki samorządu terytorialnego, inne zakłady opieki zdrowotnej lub osoby prywatne — nieubezpieczone).

Z tego, co zostało powiedziane, wynika, że szpitale stanowią podmioty o szczególnym charakterze. Cechuje je¹⁵:

- a) stała gotowość do przyjęcia pacjenta i zapewnienia mu całodobowej, wszechstronnej i wykwalifikowanej opieki zdrowotnej z zastosowaniem odpowiednich technologii medycznych;
- b) opłaty za świadczone usługi zdrowotne są wnoszone przez płatnika, co oznacza ich bezpłatność dla pacjenta;
- c) realizacja wiązki celów; społeczne (specjalne) o unikatowym charakterze, ekonomiczne i medyczne (kliniczne);
- d) ukierunkowanie na realizację określonego zakresu świadczeń, ustalonych w statucie;
- e) skupienie odpowiedniego potencjału ludzkiego, rzeczowego i finansowego niezbędnego do realizacji wyznaczonych celów i zadań;

¹⁵ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006, s. 57; T.E. Genzen, *Ekonomika zdrowia...*, s. 213–214.

- f) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz specjalnie określone wymagania;
- g) posiadanie wewnętrznego układu organizacyjnego właściwego dla procesu realizacji wyznaczonych zadań.

Szczególny i różnicowany charakter szpitali, w tym także specyficzne właściwości świadczeń zdrowotnych, wielość realizowanych celów, jak również pilny charakter potrzeb zdrowotnych pacjentów sprawiają, że są one określane mianem niepowtarzalnych, specyficznych albo przynajmniej odmiennych niż inne podmioty gospodarcze. Do najczęściej wymienianych różnic zalicza się¹⁶:

- trudniejsze normowanie i pomiar wyników pracy, które są bardziej zróżnicowane i kompleksowe;
- natychmiastowy charakter większości prac (nie można ich odłożyć na później) oraz wysoka niezależność od siebie wykonywanych czynności, z jednoczesną potrzebą ich koordynacji między różnymi grupami specjalistów;
- niezmiernie wysoki stopień specjalizacji pracy;
- wysoka specjalizacja członków organizacji, którzy są bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji;
- mała skuteczność kontroli lekarzy pod względem organizacyjnym i kierowniczym, tj. grupy najbardziej odpowiedzialnej za generowanie usług i koszty;
- występowanie podwójnego podporządkowania służbowego (klinicznego i administracyjnego), co utrudnia koordynację działań i egzekwowanie za nie odpowiedzialności;
- brak uzależnienia prowadzenia działalności od korzyści o charakterze ekonomicznym.

Szpital należy rozpatrywać w powiązaniu z innymi zakładami opieki zdrowotnej, szczególnie z placówkami leczenia ambulatoryjnego. Szpitale mogą realizować wiele różnorodnych funkcji, a mianowicie¹⁷:

¹⁶ S.M. Shortell, A.D. Kałużny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Kraków 2001, s. 26.

¹⁷ *Organizacja ochrony zdrowia*, pod red. J. Indulskiego, Warszawa 1984, s. 256–257; *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, pod red. R. Holly'ego, J. Sucheckiej, Łódź–Warszawa 2009, s. 45 i 46.

- a) naprawcze (rozpoznanie chorób, leczenie zachowawcze i operacyjne, rehabilitacja, pomoc doraźna dotycząca ostrych zachorowań czy wypadków);
- b) zapobiegawcze (monitoring prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży, kontrola medyczna fizjologicznego przebiegu ciąży, porodu i okresu noworodkowego, kontrola chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom przewlekłym, oświata zdrowotna, działania profilaktyczne i prewencyjne dotyczące zdrowia);
- c) szkoleniowe (szkolenie podstawowe personelu medycznego, szkolenia i specjalizacja podyplomowa personelu medycznego oraz kadry zarządczej);
- d) naukowo-badawcze (fizyczne, psychiczne i socjalne aspekty zdrowia i choroby, organizacyjne i techniczne aspekty działalności szpitala, wypracowywanie nowych metod leczenia i organizacji opieki, nowych procedur leczniczych i ich weryfikacja, testowanie sprzętu medycznego i środków farmakologicznych);
- e) kulturotwórcze (przez kształtowanie świadomości zdrowotnej obywateli).

1.2. Typologia szpitali

Szpitalę można klasyfikować według różnych kryteriów. Do zasadniczych z nich można zaliczyć:

- podmiot tworzący;
- liczbę i rodzaj realizowanych specjalności medycznych;
- zakres prowadzonej działalności;
- rodzaje oferowanych świadczeń zdrowotnych;
- okres leczenia;
- terytorialny zasięg działania;
- wielkość szpitala;
- typ własności.

Typologię szpitali prezentuje tabela 1.2.

Tabela 1.2. Klasyfikacja szpitali

Lp.	Kryteria podziału	Rodzaje szpitali
1.	Charakter podmiotu tworzącego	– publiczne – niepubliczne
2.	Podmiot (organ) założycielski	– samorządowe (gmina, gmina miejska na prawach powiatu, powiat, województwo, urząd marszałkowski) – resortowe (MZ, MON, MS, MSWiA) – kościół lub związek wyznaniowy – spółki prawa handlowego – spółki prawa cywilnego – organizacje pozarządowe
3.	Terytorialny zasięg działania	– miejskie, powiatowe, rejonowe – wojewódzkie – regionalne – ogólnokrajowe – specjalistyczne dla określonej grupy zawodowej
4.	Liczba i rodzaj realizowanych specjalności medycznych	– ogólne – specjalistyczne
5.	Dostępność świadczeń	udzielające świadczeń dla: – ogółu ludności – ludności określonego obszaru – określonej grupy, np. szpital polowy, szpital zakładu karnego
6.	Zakres i rodzaje oferowanych świadczeń	– podstawowe – jednospecjalistyczne – wielospecjalistyczne
7.	Okres leczenia	– opieki krótkoterminowej – dzienny – nocny – hospitalizacja domowa – opieki długoterminowej – hospicja i oddziały opieki paliatywnej
8.	Wielkość szpitala	– mały – średni – duży
9.	Własność szpitala	– państwowe – samorządowe – spółdzielcze – prywatne

Źródło: opracowano na podstawie: C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządowców*, Kraków 1999, s. 27 i 32; J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006, s. 58–64.

W Polsce każdy szpital, bez względu na wielkość, typ własności czy formę organizacyjno-prawną, jest zakładem opieki zdrowotnej. Podlega on przepisom ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Większość szpitali to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Ich atrybutami szczególnymi są cel działania, organy i zasady gospodarowania przekazanym mieniem państwowym i komunalnym oraz przydzielonymi im środkami.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych¹⁸ nieodpłatnie¹⁹, za częściową lub pełną odpłatnością²⁰. Mają one konstytucyjny obowiązek udzielania pomocy każdemu obywatelowi, którego życie jest zagrożone, bez względu na swoją sytuację finansową. Publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może żądać od pacjenta zapłaty za udzielone świadczenia, nawet wówczas gdy wyczerpał limit świadczeń określonych w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przy tym mają one kierować się efektywnością wykorzystania zasobów będących w ich dyspozycji. Zasady gospodarki finansowej publicznych szpitali muszą respektować reguły określone dla jednostek sektora finansów publicznych²¹. Należy podkreślić, że działalność publicznych szpitali nie jest nastawiona na zysk. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza generowanie przez nie nadwyżek finansowych (zysków).

Charakterystykę publicznych i niepublicznych szpitali ilustruje tabela 1.3.

¹⁸ Środkami publicznymi są środki finansowe pozyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia, środki przekazywane przez organy administracji publicznej (np. z Ministerstwa Zdrowia na finansowanie procedur wysokospecjalizacyjnych), jednostki samorządu terytorialnego (np. na finansowanie programów zdrowotnych).

¹⁹ Świadczenia udzielone osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwym niezależnie od ich uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych są odpłatne w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

²⁰ Odpłatność (dokonywana przez pacjenta) za świadczenia finansowane ze środków publicznych jest możliwa tylko wówczas, gdy przewidują to wyraźne przepisy odrębne i tylko po cenach urzędowych; por. np. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.).