

**Piotr Wróblewski\***  
**Jarosław Waśniewski\*\***

## **Oddział szpitalny jako ośrodek efektywnego zarządzania**

### **Wstęp**

Tematem artykułu jest efektywność działalności oddziału szpitalnego. Efektywność rozumiana jako relacja nakładów do osiągniętych efektów działalności, dla prowadzenia której oddział jako część większej całości został powołany. Celem artykułu jest przeanalizowanie wybranych warunków mogących mieć wpływ na poziom efektywności wewnętrznych jednostek organizacyjnych szpitali. Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne oferowane przez podmioty lecznicze, wyrażane przez osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, wykazuje tendencję wzrostową. W związku z tym można zaobserwować nierównowagę pomiędzy zgłaszanym przez pacjentów zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a ilością i wartością świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez publicznego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Prowadzi to do dysproporcji, która polega na braku dostosowania struktury kontraktów oferowanych przez publicznego płatnika, zarówno w warstwie ilościowej, jak i wartościowej kontraktu, w stosunku do rosnących potrzeb w zakresie ilości i jakości realizowanych przez podmioty lecznicze świadczeń.

### **1. Pojęcie efektywności**

Efektywność nie jest pojęciem jednoznacznym. Podjęte na początku XX wieku pierwsze próby opisanie pojęcia efektywności organizacji definiowały ją jako „stosunek nakładów do efektów, wysiłku do wyniku, wydatków do dochodów, kosztów do osiągniętego zadowolenia” [Marcinkowska, 2010, s. 74]. Według Kaldora-Hicksa efektywność to działanie efektywne, czyli takie, które powoduje, że jeden „podmiot zyskuje więcej niż traci inny, przy czym jednocześnie istnieje sposób rekompensaty strat przez podmiot zyskujący na rzecz podmiotu tracącego” [za: Suchecka, 2010, s. 74].

---

\* Mgr inż., Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., [biegly.wroblewski@gmail.com](mailto:biegly.wroblewski@gmail.com)

\*\* Prof. UG dr hab., Zakład Zarządzania Organizacjami Publicznymi, Instytut Organizacji i Zarządzania, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, ul. Armii Krajowej 101, 81-824 Sopot, [jaroslaw.wasniewski@ug.edu.pl](mailto:jaroslaw.wasniewski@ug.edu.pl)

Jest to kategoria ekonomiczna wykorzystywana do oceny prowadzonej działalności na poziomie całego podmiotu, jak i poszczególnych wydzielonych jego struktur organizacyjnych [Osbert-Pociecha, 2007, s. 337–349]. Przegląd literatury przedmiotu odnoszący się do pojęcia efektywności, pozwala zaprezentować szerokie spektrum możliwych wariantów pojmowania i interpretowania efektywności. „Bardzo często pojęciu »efektywność« towarzyszy odniesienie do kategorii »skuteczność«, używanej w znaczeniu osiągania celu, przy czym przez niektórych autorów skuteczność jest określana jako warunek osiągania efektywności, a przez innych odwrotnie – efektywność jest traktowana jako kryterium oceny skuteczności. Jeszcze inni obie kategorie traktują jako niezależne” [Kozuń-Cieślak, 2013, s. 14].

„Efektywność jest istotnym narzędziem pomiaru skuteczności zarządzania, obejmuje szereg zjawisk wewnątrz i na zewnątrz organizacji, obrazuje szybkość reakcji na wyzwania rynku, a także oczekiwania jego uczestników, stanowi sprawdzone narzędzie budowania przewagi konkurencyjnej, a także umożliwi odpowiednią reakcję na sygnały, które płyną z rynku. Efektywność zgodnie z dorobkiem teorii zarządzania jest nadrzędną kategorią w stosunku do takich pojęć jak wydajność, produktywność, rentowność, skuteczność, sprawność, a nawet racjonalność (...) Efektywność działania to konieczność, a nie przedmiot wyboru, dlatego przedsiębiorstwa muszą szukać sposobów obniżania kosztów, likwidacji źródeł marnotrawstwa i zwiększenia rentowności. Efektywność działania organizacji, szczególnie w warunkach nowej gospodarki, jest zdeteminowana przez bezwzględną walkę konkurencyjną, wzrost oczekiwań klientów w wielu obszarach, w tym w zakresie jakości, szybkie zmiany w obszarze technologii, produkcji i świadczeniu usług” [Skrzypek, 2013, s. 173 i 175].

## **2. Zarządzanie oddziałem szpitalnym**

Zarządzanie oddziałem szpitalnym to proces obejmujący planowanie, podejmowanie decyzji, organizowanie, przewodzenie oraz kontrolowanie. Procesy te są skierowane na zasoby pozostające w strukturach oddziału, do których zaliczamy zasoby w postaci personelu, finansowe, majątek rzeczowy oraz dostęp do informacji [Griffin, 2015, s. 6].

Rentowność<sup>1</sup> prowadzonej z wykorzystaniem tych zasobów działalności leczniczej<sup>2</sup> w oczywisty sposób związana jest z generowanymi z tytułu prowadzonej działalności przychodami oraz związanymi z tymi przychodami kosztami. Wynikiem tej działalności jest zysk lub strata. Wynik ten jest relacją jego kwoty bezwzględnej brutto czy netto do przychodów, sprzedaży lub zasobów, które zostały zaangażowane [Bednarski, 1987, s. 124].

Występujący w ochronie zdrowia interesariusze są świadomi pogłębiającej się dysproporcji między zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a możliwością ich zaspokojenia. Jedną z konsekwencji takiego stanu są podejmowane działania mające zweryfikować efektywność świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach systemu jako całości oraz całościowej organizacji opieki zdrowotnej [Fura, 2017, s. 102]. W konsekwencji przekłada się to na mnogość celów, jakie stawia się osobom zarządzającym podmiotami leczniczymi do realizacji. Zaliczamy do nich cele finansowe, medyczne oraz społeczne. Oczywiście wskazane zainteresowanie pomiarem osiągniętych efektów będących następstwem zaangażowanych zasobów materialnych dostępnych w systemie ochrony zdrowia jest konsekwencją rosnącej świadomości społecznej ukierunkowanej na określone warianty zaspokajania nieustannie rosnących oczekiwań w zakresie dostępności, jak i jakości usług, świadczeń medycznych dostępnych w podmiotach leczniczych powołanych do zaspokajania tychże potrzeb.

Oddział szpitalny jako element składowy większej całości również podlega regułom związanym z efektywnym wykorzystaniem oddanego do dyspozycji majątku. Dokonując oceny funkcjonowania oddziału szpitalnego jako ośrodka generującego przychody i koszty, nie można uciec od ocen efektywności podejmowanych działań zarządczych. Należy pamiętać, że oddziały szpitalne nie są wyizolowanymi obiektami, nieczułymi na uzyskiwaną rentowność podmiotu leczniczego z tytułu prowadzonej działalności. Należy mieć na względzie również to, że działalność podmiotów leczniczych jest obecnie często porównywana z działalnością innych organizacji gospodarczych, nieobciążonych misją prowadzonej

<sup>1</sup> Rentownością nazywamy miarę efektywności gospodarowania. Można ją obliczyć jako stosunek zysku (przychodu) do danej wielkości finansowej, dla której rentowność jest wyznaczana. Posługując się wskaźnikiem rentowności, można porównywać między sobą efektywność różnych podmiotów gospodarczych (w tym szpitali) oraz komórek organizacyjnych (ośrodków kosztowych) wydzielonych organizacyjnie w większym organizmie, jakim są np. szpitale. Ponieważ rentowność jest wskaźnikiem relacyjnym, badającym stosunek dwóch wielkości, jest skutecznym narzędziem do porównywania efektywności przedsięwzięć o różnej wielkości, co nie jest możliwe w przypadku wykorzystania wartości bezwzględnych, takich jak zysk.

<sup>2</sup> Działalność lecznicza została zdefiniowana w art. 8 ustawy o działalności leczniczej i polega na świadczeniu stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych przez szpitale oraz jednostki inne niż szpital. Ponadto pod pojęciem działalności leczniczej wskazane zostały również ambulatoryjne świadczenia zdrowotne [ustawa, 2011].

działalności, i podlega ocenie efektywności prowadzonej działalności za pomocą narzędzi właściwych i typowych dla oceny efektywności działalności podmiotów gospodarczych prowadzonej w warunkach gospodarki rynkowej.

Dlatego należy zadać pytanie, czy zarządzający oddziałem szpitalnym jako wyodrębnioną strukturą organizacyjną jest w stanie realnie wpłynąć na wielkość generowanych przychodów? W konsekwencji, czy poprzez realizowane usługi zdrowotne można wygenerować odpowiednie wartości przychodów, pozwalające na pokrycie generowanych w ramach procesów świadczenia usług zdrowotnych kosztów? Czy wynikające z tak opisanych procesów zadania można przekierować na osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie oddziałów szpitalnych?

Podjmując próbę udzielenia odpowiedzi na postawione powyżej pytania, można posłużyć się analizą przypadku, w ramach której do istotnych należy zaliczyć następujące elementy składowe:

1. Każdy ośrodek kosztowy, oddział szpitalny, powinien mieć przypisaną do zrealizowania określoną część kontraktu, jaki zawarł podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia jako płatnikiem.
2. Należy ustalić, czy w dyspozycji zarządzających oddziałem szpitalnym pozostają zdolności do świadczenia usług medycznych, pozwalające na zarządzanie strukturą przyjmowanych pacjentów, czy pacjenci są przyjmowani w trybie nagłym, wprost ze szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. Należy zweryfikować zapotrzebowanie na sprzedaż realizowanych usług zdrowotnych poza usługami zakontraktowanymi przez NFZ.
4. Konieczne wydaje się jednoznaczne stanowisko organu zarządzającego podmiotem leczniczym, dotyczące świadczenia usług zdrowotnych w ilościach wykraczających poza zawarty z publicznym płatnikiem kontrakt na realizowane świadczenia zdrowotne.

Dążąc do weryfikacji powyższych stwierdzeń, przeprowadzono analizę struktury przyjęć pacjentów na dwóch oddziałach szpitalnych. Jednym z oddziałów jest oddział zabiegowy, natomiast drugi to oddział zachowawczy, internistyczny. Strukturę przyjęć pacjentów w skali roku kalendarzowego obrazuje tablica 1.

**Tablica 1. Zestawienie liczby przyjętych pacjentów**

| Lp.   | Wyszczególnienie            | Przyjęcia |         |      | Razem |
|-------|-----------------------------|-----------|---------|------|-------|
|       |                             | nagle     | planowe | DILO |       |
| 1.    | Oddział chorób wewnętrznych | 3602      | 30      |      | 3632  |
| 2.    | Oddział chirurgii ogólnej   | 2012      | 1934    | 125  | 4071  |
| Razem |                             | 5614      | 1964    | 125  | 7703  |

Źródło: Opracowanie własne.

Na ogólną liczbę 3632 pacjentów, którzy byli hospitalizowani w ramach oddziału chorób wewnętrznych, 3602 było przyjętych w trybie nagłym. Stanowiło to 99,17% wszystkich zrealizowanych w ramach oddziału hospitalizacji. W trybie planowym zrealizowano natomiast 30 hospitalizacji. Stanowiły one 0,82% wszystkich zrealizowanych na oddziale hospitalizacji. Zrealizowane w skali roku hospitalizacje pacjentów stanowiły 92,3% wykorzystania pozostających w zasobach oddziału łóżek szpitalnych.

Nieco odmiennie kształtowała się struktura zrealizowanych hospitalizacji w ramach oddziału chirurgii ogólnej. W ramach tego oddziału przyjęto 4071 pacjentów, z czego w trybie nagłym przyjęto 2012, co stanowiło 49,52%. Kolejną znaczącą grupę pacjentów przyjętych na oddział chirurgiczny stanowili pacjenci przyjęci w trybie planowym. Pacjentów tych było 1934 i stanowili oni 47,50% wszystkich przyjętych pacjentów. Poza wskazanymi dwiema grupami pacjentów na oddziale chirurgii ogólnej udzielano również świadczeń zdrowotnych pacjentom przyjętym w ramach programu szybkiej ścieżki onkologicznej (DILO), hospitalizacji tych było 125 i stanowiły one 3,07% wszystkich zrealizowanych w ramach oddziału hospitalizacji. Ogółem ilość zrealizowanych w ramach oddziału hospitalizacji skutkowało 92,6% wykorzystaniem pozostających w dyspozycji oddziału łóżek szpitalnych.

Zaprezentowane powyżej dane, obrazujące tryb zakwalifikowania pacjentów do realizacji procesu świadczenia usług zdrowotnych w ramach oddziałów szpitalnych, w sposób oczywisty wskazują, że na oddziale chorób wewnętrznych praktycznie mamy do czynienia tylko z przyjęciami w trybie nagłym. Właściwie nie występują tam hospitalizacje realizowane w trybie przyjęć planowych. Rodzi to oczywiście negatywne konsekwencje w dostępie do świadczeń usług medycznych dla osób wymagających pogłębionej diagnostyki, nierzadko dostępnej tylko w ramach procedur świadczonych podczas hospitalizacji na oddziałach szpitalnych. Kształtująca się struktura przyjęć na oddział pacjentów oraz ich wielkość wykluczają możliwość jakiegokolwiek próby zarządzania nimi. Jedynym parametrem, jaki pozostaje w ramach oddziału do przestrzegania i wykonania, jest wielkość przypisanego w ramach podmiotu leczniczego do wykonania limitu<sup>3</sup>.

Odmiennie ukształtowała się struktura trybu przyjęć pacjentów dotycząca przyjęć pacjentów na oddział chirurgii ogólnej. Na ten oddział w trybie planowym przyjęto 1934 pacjentów, co stanowiło 47,50% wszystkich przyjętych pacjentów. Jednak i w tym przypadku nie można mówić o możliwości wpływania na wielkość przychodów generowanych w ramach

<sup>3</sup> Limit ten jest pochodną zawartego przez podmiot leczniczy kontraktu. Może się on zawierać w ramach tzw. ryczałtu lub być świadczeniem z odrębnie ustalonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia limitem.

prowadzonej przez oddział działalności. Decydującą jest bowiem treść art. 20 ust. 1 i 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [ustawa, 2004]. Zgodnie z tymi przepisami podmiot leczniczy zobowiązany jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej według kolejności zgłoszenia się pacjentów<sup>4</sup>. Uwzględniając powyższe, należy podobnie jak w przypadku oddziału chorób wewnętrznych stwierdzić, że jedynym parametrem, jaki pozostaje w ramach oddziału do przestrzegania i wykonania, jest wielkość przypisanego w ramach podmiotu leczniczego do wykonania limitu świadczeń medycznych.

W opisanym powyżej otoczeniu, czyli w oparciu o wskazane zasady oraz dysponując określonym potencjałem, zrealizowano w analizowanych oddziałach szpitalnych hospitalizacje w ilościach wskazanych w tabelicy 1. Zgodnie z zawartymi pomiędzy świadczeniodawcą a publicznym płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, umowami zakończone wypisem hospitalizacji<sup>5</sup> stanowią uprawnienie do wystawienia faktury za udzielone świadczenia zdrowotne. Rozliczenie pomiędzy świadczeniodawcą, czyli podmiotem leczniczym, a Narodowym Funduszem Zdrowia następuje na podstawie faktury, do której załączony jest określony w umowie raport statystyczny z wykonanych i przyjętych do rozliczenia świadczeń. Wartość zrealizowanych hospitalizacji (świadczeń zdrowotnych) we wskazanych oddziałach osiągnęła wartości wymienione w tabelicy 2.

**Tabela 2. Zrealizowane przychody oraz koszty działalności operacyjnej**

| Wyszczególnienie   | Oddział chirurgii ogólnej | Oddział chorób wewnętrznych i hipertensjologii |
|--|---------------------------|--|
| A. Przychody ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych, z tego:         | 13 980 486                | 7 512 174                                      |
| – Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym:                               | 13 812 896                | 7 414 442                                      |
| – programy terapeutyczne (lekowe)                                | 0                         | 0  |
| – świadczenia zafakturowane, nieprzyjęte do realizacji przez NFZ | 50 373                    | 37 430   |

<sup>4</sup> Zagadnienie określające termin dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostało szczegółowo opisane w zakresie kryteriów medycznych, jakimi powinien kierować się świadczeniodawca, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalając sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń. Zostało to określone w aktach prawnych [Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2005; 2008; 2015].

<sup>5</sup> Opisany tryb postępowania wynika z przyjętych w umowie zasad.

| Wyszczególnienie                                       | Oddział chirurgii ogólnej | Oddział chorób wewnętrznych i hipertensjologii |
|--|---------------------------|--|
| – dodatek ministerialny – dla pielęgniarek i położnych | 579 329                   | 494 676  |
| – osoby nieubezpieczone                                | 119 231                   | 89 554   |
| B. Koszty działalności operacyjnej                     | 8 813 251                 | 9 654 020                                      |
| I. Amortyzacja   | 403 236                   | 221 135  |
| II. Zużycie materiałów i energii                       | 2 153 262                 | 2 292 939                                      |
| III. Usługi obce                                       | 5 016 285                 | 4 499 413                                      |
| IV. Podatki i opłaty                                   | 0                         | 0  |
| V. Wynagrodzenia                                       | 1 010 535                 | 2 189 202                                      |
| VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia         | 226 794                   | 451 331  |
| VII. Pozostałe koszty rodzajowe                        | 3 138                     | 0  |
| VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów         | 0                         | 0  |
| C. Zysk / Strata ze sprzedaży PF I                     | 5 167 235                 | -2 141 846                                     |
| Razem koszty pośrednie                                 | 10 244 328                | 1 650 977                                      |
| Zysk / Strata ze sprzedaży PF II                       | -5 077 093                | -3 792 823                                     |

Źródło: Opracowanie własne.

Zaprezentowane w tablicy 2 wartości generowanych w oddziałach szpitalnych przychodów pokazują znamienne, niezwykle niebezpieczne trendy. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja finansowa w oddziale chorób wewnętrznych i hipertensjologii. Jest to spowodowane tym, że w przypadku tego oddziału generowane przychody nie pokrywają nawet kosztów bezpośrednich związanych z prowadzoną działalnością. Na wartość 7 512 174 zł przychodów poniesiono koszty ich uzyskania w wysokości 9 654 020 zł, w wyniku czego zaprezentowano stratę w wysokości 2 141 846 zł. Niestety, nie jest to ostateczna wartość generowanej straty na prowadzonej działalności, gdyż nie uwzględnia kosztów pośrednich, które również są przypisywane działalności oddziału w wysokości 1 650 977 zł. Po uwzględnieniu kosztów pośrednich strata na prowadzonej działalności na oddziale chorób wewnętrznych i hipertensjologii ukształtowała się na poziomie 3 792 823 zł.

Podobnie na oddziale chirurgii ogólnej przychody powstałe z tytułu świadczenia usług zdrowotnych w wysokości 13 980 486 zł nie zapewniły pokrycia kosztów związanych z realizacją działalności oddziału. Na oddziale chirurgii ogólnej koszty bezpośrednie wyniosły 8 813 251 zł

i zapewniły uzyskanie dodatniego wyniku na poziomie 5 167 235 zł. Jednak po uwzględnieniu kosztów pośrednich prowadzonej działalności w wysokości 10 244 328 zł, wynik zrealizowany w skali roku obrotowego osiągnął ujemną wartość (stratę) w wysokości 5 077 093 zł. Podkreślenia wymaga natomiast wartość ujawniona w kosztach pośrednich przypisana w koszty oddziału chirurgii ogólnej dotycząca kosztów funkcjonowania bloku operacyjnego. Wartość ta ukształtowała się na poziomie 7 081 760 zł. Pomimo że jest to znacząca wartość, trudno wyobrazić sobie realizację świadczeń medycznych w ramach oddziału chirurgii ogólnej bez bloku operacyjnego. Wśród pozostałych ośrodków generujących koszty swojej działalności rozliczanych w koszty pośrednie oddziału chirurgii ogólnej na wskazanie zasługują koszty zakładu patomorfologii, które wyniosły 391,4 tys. zł. Znaczącą kwotę przypisano z tytułu zrealizowanych usług pracowni endoskopowej w kwocie 760,3 tys. zł, czy koszty wygenerowane przez zespół anestezjologów w wartości 518 tys. zł. Na ogólną kwotę kosztów pośrednich przypisanych w koszty funkcjonowania oddziału chirurgii ogólnej miały wpływ również mniejsze wartości kosztów generowane przez ośrodki działalności pomocniczej.

Dokonując ustalenia wartości kosztów generowanych w ramach poszczególnych ośrodków kosztów, należy wskazać na podział tych ośrodków kosztowych na [Świdarska, 2013, s. 9]:

1. Ośrodki kosztów działalności podstawowej, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Świadczenia te mogą stanowić przychód w ramach zawartych umów lub mogą stanowić koszty przypisywane ośrodkom kosztowym działalności podstawowej, w których to stanowiły element diagnostyczny.
2. Ośrodki kosztów działalności pomocniczej, które pełnią rolę usługową wobec realizowanej działalności podstawowej.
3. Ośrodki kosztów zarządu związane z zarządzaniem podmiotem leczniczym jako całością.

Opisując wartości kosztów przypisywane w koszty poszczególnych ośrodków działalności, należy wskazać na wartość kosztów generowanych przez wynagrodzenia personelu związanego ze świadczeniem usług medycznych (tab. 3).



**Tablica 3. Ustalenie udziału kosztów wynagrodzeń w generowanych przychodach**

| Oddziały Szpitala im. Kopernika  | Oddział chirurgii ogólnej | Oddział chorób wewnętrznych i hipertensjologii |
|--|---------------------------|--|
| Udział kosztów pracy lekarzy w przychodach ze sprzedaży produktów i usług                  | 16,2%                     | 30,5%  |
| Udział kosztów pracy pielęgniarek i położnych w przychodach ze sprzedaży produktów i usług | 18,0%                     | 38,2%  |
| Razem  | 34,2%                     | 68,7%  |

Źródło: Opracowanie własne.

Koszty wynagrodzeń na oddziale chorób wewnętrznych i hipertensjologii osiągnęły udział w przychodach na poziomie 68,7%, w porównaniu do oddziału chirurgii ogólnej, gdzie ta wartość ukształtowała się na poziomie 34,2%. Wynik finansowy (strata) jest mniejszy o 1 284 270 zł w porównaniu do oddziału chirurgii ogólnej. Jednak jest to obraz nieprawdziwy, nie uwzględnia bowiem wartości kosztów osobowych powstałych w związku ze świadczeniem usług medycznych w ramach działalności bloku operacyjnego, gdzie zostały zaewidencjonowane koszty personelu bloku. Również w przedstawionej analizie nie uwzględniono kosztów osobowych anestezjologów, które to koszty zostały ujęte w kosztach oddziału poprzez przypisane koszty pośrednie.

Nie dokonując szczegółowej analizy kosztów generowanych przez oddziały szpitalne dla zobrazowania przyczyn takiego stanu rzeczy, warto wskazać, że wartość, w jakiej Narodowy Fundusz Zdrowia wycenił punkty, według których następowało rozliczenie świadczonych usług zdrowotnych, wynosiła 52 zł. Faktyczny koszt wytworzenia punktu oszacowany na podstawie kosztów rzeczywiście poniesionych za świadczone usługi ukształtował się na poziomie 78,25 zł dla oddziału chorób wewnętrznych i hipertensjologii, co skutkuje powstaniem różnicy na poziomie 26,25 zł dla wyceny realizowanej dla oddziału chorób wewnętrznych i hipertensjologii. Na oddziale chirurgii ogólnej dokonana wycena punktu z tytułu świadczonych usług medycznych w roku obrotowym ukształtowała się na poziomie 70,88 zł. W tym oddziale różnica pomiędzy wartością punktu przyjętą przez płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a rzeczywistą jego wartością, ukształtowaną na podstawie poniesionych kosztów, wyniosła 18,88 zł (tab. 4).

**Tablica 4. Ustalenie wartości jednego punkty wyceny świadczeń medycznych**

| Wyszczególnienie                           | Oddział chirurgii ogólnej | Oddział chorób wewnętrznych i hipertensjologii |
|--|---------------------------|--|
| Koszty świadczonych usług medycznych       | 19 057 579                | 11 304 997                                     |
| Liczba zrealizowanych punktów              | 268 855,49                | 144 464,89                                     |
| Szacowany koszt wykonania punktu procedury | 70,88 zł                  | 78,25 zł                                       |

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przychody generowane w podmiotach leczniczych z tytułu świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów (świadczeniobiorców) są realizowane w ramach umów łączących podmioty lecznicze z publicznym płatnikiem, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Zrealizowane świadczenia są rozliczane przy wykorzystaniu do tego celu systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Warto podkreślić jest to, że wyliczone w przedstawiony powyżej sposób w opisanych warunkach przychody nie są powiązane z rzeczywistymi kosztami, jakie ponoszą podmioty lecznicze w trakcie ich realizacji. Przychody te są pochodną dokonanej odgórnej (a nie rynkowej) wyceny świadczeń kontraktowanych przez publicznego płatnika.

Dysponując zaprezentowanymi wartościami, można uzyskać odpowiedź na pytanie o realizowaną produktywność, efektywność finansową prowadzonej działalności. Z powodu objęcia przedmiotem analizy szczególnego wycinka prowadzonej działalności, jakim jest oddział szpitalny, za zasadne należy uznać dążenie do ustalenia produktywności, efektywności finansowej na wybranych oddziałach.

Wskaźnik efektywności finansowej zostanie ustalony jako relacja wypracowanego zysku lub straty zaewidencjonowanego na ośrodku działalności podstawowej do przychodu uzyskanego z tytułu sprzedaży usług. Ustalenie wartości wskaźnika zostanie dokonane w oparciu o poniższy wzór:

$$\text{Wskaźnik efektywności finansowej} = \frac{\text{Zysk lub Strata}}{\text{Przychód}} \quad (1)$$

Korzystając z przedstawionego powyżej wzoru, wskaźnik efektywności finansowej dla poszczególnych oddziałów kształtuje się następująco (tab. 5).

**Tablica 5. Wskaźnik efektywności finansowej na oddziałach**

| Wyszczególnienie                 | Oddział chirurgii ogólnej | Oddział chorób wewnętrznych i hipertensjologii |
|----------------------------------|---------------------------|--|
| Wskaźnik efektywności finansowej | -36%                      | -50%   |

Źródło: Opracowanie własne.

Prezentowane w tabeli 5 ustalone ujemne wartości rentowności, które dla oddziału chirurgii ogólnej wynosi – 36%, natomiast na oddziale chorób wewnętrznych i hipertensjologii – 50%, potwierdzają niedoszacowanie wyceny świadczeń medycznych przez płatnika. Potwierdził się również faktyczny brak możliwości wpływania na wysokość przychodów generowanych na oddziałach szpitalnych. Jest on rezultatem ustalonego sposobu napływu pacjentów do leczenia szpitalnego w ramach oddziałów szpitalnych. Struktura i rodzaj realizowanych świadczeń jest całkowicie wyłączona z decyzji powstających wśród osób zarządzających oddziałem.

Oczywiście uzyskiwana rentowność na prowadzonej działalności to nie tylko przychody. Równie istotną pozycją są koszty związane z realizowanymi usługami zdrowotnymi.

## Literatura

- Bednarski L. (1987), *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie przemysłowym*, PWE, Warszawa.
- Fura B. (2017), *Przykład oceny efektywności wybranych społecznie odpowiedzialnych organizacji – podejście DEA*, „Przedsiębiorstwo i Region”, nr 9.
- Griffin R.W. (2015), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kozuń-Cieślak G. (2013), *Efektywność – Rozważania nad istotą i typologią*, „Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i Prace”, nr 4, <http://kolegia.sgh.waw.pl/pl/KES/czasopisma/kwartalnik/Documents/KES16GKC.pdf>, dostęp: 5.12.2018.
- Marcinkowska E. (2010), *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Osbert-Pociecha G. (2007), *Relacja między efektywnością i elastycznością organizacji*, w: T. Dudycz, Ł. Tomaszewicz (red.), *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczający świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 200, poz. 1661.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania

podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 192 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. poz. 1948.

Skrzypiek E. (2013), *Uwarunkowania efektywności organizacyjnej w nowej ekonomii*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio H, Oeconomia.

Suhecka J. (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Świdarska G.K. (red.) (2013), *Rachunek kosztów w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Podręcznik*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

## Streszczenie

Czynności podejmowane przez zarządzających oddziałami szpitalnymi uzależnione są od przypisanej, przynależnej im swobody tych decyzji. Zakres swobody w kreowaniu przychodów, a właściwie jej braku, został przeanalizowany na przykładzie dwóch oddziałów szpitalnych. Jednym z oddziałów był oddział zabiegowy, drugim natomiast oddział zachowawczy. W każdym z tych przypadków wskazano na brak faktycznych możliwości dla zarządzających oddziałami do wpływania na wielkość generowanych w tych oddziałach przychodów z tytułu realizowanych świadczeń medycznych.

## Słowa kluczowe

efektywność w zarządzaniu szpitalem, swoboda decyzyjna, kreowanie przychodów

## A hospital ward as a center of effective management (Summary)

The actions taken by the management of hospital departments are determined by the assigned liberty of these decisions. The scope of interest in creating revenue, or rather its lack, was analyzed on the example of two hospital wards. One of the branches was a surgical ward, the other a conservative ward. In each of these cases, there was a lack of real possibilities for branch managers to influence the amount of revenue generated by the medical services generated in these branches.

## Keywords

efficiency in hospital management, decision-making freedom, creation of revenues