

Henryk Mikulski*

OCENA PLANOWANIA FINANSOWEGO W OCHRONIE ZDROWIA
NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA MIEJSKIEGO ŁÓDZKIEGO

1. Wprowadzenie

Przed przystąpieniem do rozważań na temat oceny planowania w ochronie zdrowia należy mieć co najmniej podstawowe rozeznanie w systemie planowania budżetowego. W obecnym systemie zarządzania plan wojewódzki buduje się na podstawie planów jednostek podstawowych, które są swego rodzaju przetargami na zdobycie środków finansowych z jednostkami zwierzchnimi¹.

Wywołuje to szereg niekorzystnych zjawisk, których konsekwencją jest brak racjonalnych przesłanek do optymalnej alokacji środków i efektywnego nimi gospodarowania².

Zmiana funkcji planowania jest niezbędnym elementem reform dokonujących się w naszym kraju w taki sposób, aby plany jednostek podstawowych mogły pełnić rolę narzędzia racjonalnej działalności tego sektora gospodarki narodowej. Dotychczasowe plany jednostek budżetowych w ochronie zdrowia są planami wydatków opracowywanymi na podstawie wskaźników budżetowych z roku poprzedniego, poprzez li-

* Dr, adiunkt w Katedrze Finansów Uniwersytetu Łódzkiego.

¹ Por. J. Chęchliński, Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej - punkty wyjścia i założenia reformy, "Finanse" 1988, nr 4, s. 1-11; i d e m, Etapy, projekty i metody finansowania ochrony zdrowia i opieki społecznej - próba oceny założeń reformy, "Finanse" 1988, nr 5, s. 1-11; i d e m, Reforma gospodarki finansowej ochrony zdrowia i opieki społecznej - doświadczenia i perspektywy, "Finanse" 1988, nr 6, s. 1-9.

² Chęchliński, Etapy, projekty i metody...

niową ekstrapolację trendów wydatków z poprzednich lat. Nie stosuje się w nich obiektywnych mierników³ usług zdrowotnych ani kosztów jednostkowych. Wskazuje się, że zmiana funkcji planu finansowego w jednostkach budżetowych wymaga reformy gospodarki finansowej na taką, w której odchodzi się od ścisłego limitowania wydatków w poszczególnych paragrafach podziałki budżetowej³.

Podstawą działań planistycznych winna stać się analiza kosztów jednostkowych powiązana ze wskaźnikami działalności merytorycznej, przy ścisłym i jednolitym zdefiniowaniu pojęcia kosztu⁴. Osiągany poziom kosztów jednostkowych powinien być powiązany z systemem motywacyjnym osób decydujących o efektywności ich wykorzystania.

Projekty planów finansowych Zespołów Opieki Zdrowotnej powstają w komórkach organizacyjnych na podstawie finansowych instrumentów planowania w tej sferze, do której należą wskaźniki, normy budżetowe, limity, a które są podstawą kalkulacji wydatków oraz instrumentami zgodności planów finansowych z zadaniami rzeczowymi⁵.

2. Instrumenty planowania finansowego w ochronie zdrowia

Narzędzia planowania można podzielić na obiektywne i subiektywne. Do obiektywnych zalicza się wskaźniki budżetowe, które wynikają z oceny populacji podlegającej ochronie, jej zdrowotności i wszelkich uwarunkowań ekologicznych czy kulturowych. Wskaźniki budżetowe pozwalają na określenie wysokości środków pieniężnych do realizacji zaplanowanych zadań rzeczowych (liczby hospitalizowanych, liczby osobodni, liczby porad, czy liczby dobokaretek). Instrumentem subiektywnym są normy budżetowe⁶, nakładające warunki na kwoty wydatków

³ Patrz: Rachunek kosztów w sferze niematerialnej - metodologia - wyniki badań, red. J. Chechliński, K. Piotrowska-Marczak, "Acta Universitatis Lodziensis" 1986, Folia oeconomica, z. 61.

⁴ Por. M. D r u m m o n d, Cost-Effective Analysis in Health Care, "Nuffield York Portfolios" 1984; i d e m, Priority Setting and Strategy Selection. The Development of Health Economics Training, Report on a WHO Study, 1987, s. 1-122.

⁵ W. S o s z y ń s k i, W sprawie doskonalenia form organizacyjno-finansowych ochrony zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1978, nr 5, s. 321-328.

⁶ Patrz: I. B o ż e k, E. S a d o w y, A. Z a w a d z k i, Problemy ustalania obiektywnych norm ogólnych dotyczących finansowania usług niematerialnych budżetów terenowych, "Studia Finansowe" 1972, nr 13, s. 73-117.

budżetowych przeznaczonych do finansowania zadań ujętych w jednostkach naturalnych, rzeczowych.

Normy budżetowe mogą występować jako ogólne, szczegółowe, obowiązkowe, orientacyjne, grupowe, indywidualne, jednostkowe i zbiorcze.

Najważniejszą grupę stanowią normy ogólne składające się z norm szczegółowych, odnoszących się do poszczególnych kategorii wydatków. Normy ogólne mogą, ale nie muszą być sumą norm szczegółowych. Normy grupowe stanowią zespół zbliżonych do siebie wydatków odnoszących się do pewnej kategorii - wydatki rzeczowe, wydatki na leki itp. Normy indywidualne z kolei dotyczą pewnej kategorii wydatków - delegacje, pranie bielizny, remonty itp. Normy obowiązkowe to kategorie najczęściej związane z wyposażeniem placówek zarówno w środki trwałe, jak i kadry, a tym samym niezbędne wydatki związane z utrzymaniem danego stanu. Normy orientacyjne dotyczą kalkulacyjnych wydatków, wiążących się z osiągnięciem danego poziomu zdrowotnego populacji lub programem wydatków związanych z wprowadzeniem programu zwalczania zagrożenia zdrowotnego, np. wprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko durowi brzuszemu. Normy obowiązkowe mogą być przekroczone w przeciwieństwie do orientacyjnych, które zazwyczaj są ustalane z dużym zapasem. Ostatnią grupę stanowią normy jednostkowe i zbiorcze, z których pierwsze dotyczą określonej placówki ochrony zdrowia, np. szpitala, zaś drugie odnoszą się do grupy placówek, np. wszystkich szpitali w Zespole Opieki Zdrowotnej⁷.

Normy budżetowe stanowią narzędzie umożliwiające powiązanie wydatków budżetowych z zadaniami rzeczowymi i są swego rodzaju ograniczeniem nakładanym na funkcjonujące placówki służące do ujednolicenia poziomu zaspokajania potrzeb medycznych dla różnych rejonów kraju. Normy powinny być dostosowane do specyfiki danego regionu i wyrównywać dysproporcje między grupami zawodowymi czy społecznymi.

Ustalanie norm kosztów jednostkowych dla danego rodzaju działalności czy dla standardowych placówek jest procesem skomplikowanym, wynikającym z faktu dużego zróżnicowania zarówno bazy materialnej poszczególnych jednostek, jak i nasycenia kadrami specjalistyczną. Budowa norm na podstawie rzeczywistych uśrednionych kosztów jed-

⁷ A. D. T. G r i f f i t h s, Niektóre zagadnienia opracowania metod ekonomicznej oceny służby zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1973, nr 6, s. 563-580.

nostkowych pozwala na ocenę zróżnicowania tych kosztów w placówkach o podobnej strukturze organizacyjno-zdrowotnej rejonu profilaktyczno-leczniczego. Od szczególności analizy kwot kosztów zależy dokładne określenie przyczyn występujących dysproporcji. Trudność polega jedynie na określeniu standardu jednostki nośnika kosztów⁸ dla obliczenia podstawy kosztów jednostkowych.

Oceny efektywności placówek ochrony zdrowia muszą być wielkościami zdezagregowanymi na poszczególne jednostki świadczące jednorodne usługi. Przykładowo, wysoce niewystarczające jest określenie kosztów liczonych na jednego leczonego, gdyż wiadomo, że pod tym pojęciem może się kryć leczenie operacyjne, jak i zachowawcze⁹. Istnieją bowiem świadczenia, jakim poddawany jest leczony, różniące w sposób zasadniczy koszty dla poszczególnych pacjentów. Podobna sytuacja występuje w przychodniach, gdzie koszty jednej porady mogą się różnić w zależności od samego badania lekarskiego oraz miejsca udzielenia porady (porada w przychodni, porada w domu chorego).

Określenie zadań i ich jednostki pomiaru wiążą się przede wszystkim z zagadnieniem miernika działalności, co warunkuje adekwatnie do potrzeb finansowych planowanie środków na ich działalność. Istotnym problemem jest również struktura organizacyjna, mianowicie udział działalności poradni specjalistycznych w całokształcie całej przychodni.

Zadaniem norm budżetowych jest powiązanie budżetu z planem rzeczowym poprzez kalkulację nakładów na poszczególne placówki ochrony zdrowia oraz zapewnienie jednolitego poziomu świadczeń w jednorodnych placówkach pracujących w różnych warunkach infrastrukturalnych¹⁰.

Ostatnim narzędziem wykorzystywanym przy budowie planu są limity i dyrektywy wynikające z ograniczoności zasobów finansowych. Dyrektywne wskaźniki i limity stosowane w planowaniu finansowym stwarzają sytuację, w której inicjatywa danej placówki czy dziedziny,

⁸ M. N i e d u s z y Ń s k i, Analiza efektywności leczenia w szpitalach polskich, "Studia Finansowe" 1974, nr 18, s. 108-143; Rachunek kosztów...

⁹ Patrz: Usługi społeczne, red. A. Łukaszewicz, Warszawa 1982.

¹⁰ J. I n d u l s k i, M. M a t u l e w i c z, Pieniężne i niepieniężne bariery równości społecznej w ochronie zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1986, nr 4/5.

której dotyczy, praktycznie przestaje się liczyć. Decydenci nie mają możliwości oddziaływania na fragmenty swojej pracy, co w rzeczywistości sprawia, że nie są zainteresowani podnoszeniem efektywności gospodarowania zasobami finansowymi i stymulowaniem jakości świadczonych usług.

3. Analiza czynników stymulujących różnicowanie kosztów jednostkowych

W 1987 r. udzielono w województwie łódzkim 7 422 617 porad, przy czym najwięcej w ZOZ Łódź-Bałuty, a najmniej w ZOZ Łódź-Śródmieście. Głównym źródłem finansowania działalności bieżącej Zespołów Opieki Zdrowotnej był budżet terenowy, który wynosił dla 1987 r. 2 966 108 tys. zł (wg dokumentacji księgowej WZIOS). Najwyższy udział w globalnej kwocie kosztów bieżących miał ZOZ Łódź-Bałuty (38,2%), co dawało 4018 tys. zł na 1 mieszkańca, a najniższy ZOZ Łódź-Widzew (7,3%), czyli 1040 tys. zł na 1 mieszkańca. Przykładowo, dla ZOZ Łódź-Górna odsetek ten wynosił 19,3%, a jednostkowe koszty 2076 tys. zł.

W planowaniu finansowym koszty bieżące analizuje się w przeliczeniu na 1 leczonego, 1 osobodzień, 1 poradę, 1 protezę i 1 dobową karetkę. Zakres sprawozdawczości dotyczy pięciu kategorii kosztów, w tym:

- osobowe,
- rzeczowe,
- leków,
- żywienia.

Ze względu na aktualny stan organizacji służb księgowych nie jest możliwe obliczenie kosztów w poszczególnych placówkach (przychodnie, szpitale) czy kosztów świadczeń medycznych.

W lecznictwie otwartym (tab. 1) głównym wskaźnikiem efektywności jest koszt 1 porady, który dla 1987 r. kształtował się dla województwa miejskiego łódzkiego na poziomie 403 zł, przy czym wahania między najtańszą poradą (342 zł - ZOZ Główny) i najdroższą (422 zł - ZOZ Łódź-Śródmieście) wynosiły 80 zł. Koszty leków i środków pomocniczych stanowiły 3,2% kosztów ogólnych, najwięcej w ZOZ Łódź-Widzew - 3,57%, a najmniej w ZOZ Łódź-Bałuty - 2,92%. W przypadku kosztów rzeczowych udział w kosztach ogólnych wynosił średnio

Kształtowanie się kosztów jednostkowych ogółem ponoszonych na ochronę zdrowia
w Zespołach Opieki Zdrowotnej województwa łódzkiego

Nr	Nazwa ZOZ	Koszty									
		1 leczonego		1 osobodnia		1 protezy		1 dobokaretki		1 porady	
		1986 ^a	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987
1	Łódź-Bałuty	46 287	56 855	3 557	4 473	3 150	3 666	16 287	22 739	293	389
2	Łódź-Górna	36 575	46 528	2 706	3 586	1 939	2 500	11 811	15 468	279	368
3	Łódź-Polesie	27 644	37 315	2 588	3 629	3 224	4 157	18 646	21 773	305	408
4	Łódź-Śródmieście	37 424	39 875	3 925	5 785	2 265	2 825	-	-	301	422
5	Łódź-Widzew	31 277	40 920	2 503	3 266	2 119	2 651	12 521	16 919	314	408
6	Pabianice	33 773	45 772	2 604	3 618	2 183	2 893	18 026	23 426	344	421
7	Główno	35 960	47 558	3 117	4 187	1 996	2 838	8 825	13 927	279	342
8	Zgierz	31 984	42 659	2 884	3 758	2 034	2 318	13 498	16 366	301	379
Ogółem ^a		37 233	49 114	2 906	3 648	2 448	3 075	18 501	25 098	307	403

^a Z ZOZ specjalistycznymi.

Ź r ó d ł o: Informacje WZiOS Urzędu Miasta Łodzi.

20,3%, najwyższy w ZOZ Łódź-Śródmieście - 25,3%, a najniższy w ZOZ Łódź-Polesie - 17,26%.

W lecznictwie zamkniętym sytuacja jest bardziej złożona, gdyż należy rozpatrywać dwa wskaźniki - koszt 1 leczonego ($\bar{x}$ = 49114 zł) i koszt 1 osobodnia ($\bar{x}$ = 3648 zł). Zróżnicowanie kosztów jest bardzo wysokie. W przeliczeniu na 1 leczonego jest on prawie 2 razy wyższy w ZOZ Łódź-Bałuty niż w ZOZ Łódź-Polesie. Z kolei 1 osobodzień na Bałutach kosztuje 1,7 razy więcej niż na Widzewie, czy Górnej.

Analizując koszty jednostkowe należałoby jeszcze przeważyć otrzymane wyniki średnim pobytem leczonego, który przykładowo dla Bałut wynosi 12,7 dni, a dla Górnej 12,9 dni. Wówczas relatywny koszt jednostkowy dla Górnej stanowiłby 81,8% kosztu dla Bałut w przeliczeniu na 1 leczonego.

Analiza kosztów 1 osobodnia wskazuje na przyznawanie środków finansowych na podstawie subiektywnych przesłanek uznaniowych, a nie obiektywnych wskaźników efektywnościowych. Są one bowiem wynikiem ekstrapolacji trendu, wynoszącym dla 1987 r. ok. 30% wzrostu kosztów jednostkowych.

Porównując koszty całkowite Zespołów Opieki Zdrowotnej, liczone na 1 etat lekarski czy na 1 mieszkańca, nie można stwierdzić dążenia do egalitaryzacji, lecz występujące duże zróżnicowanie. Przykładowo w ZOZ Łódź-Śródmieście na 1 etat lekarski przypada 4249 tys. zł przy zatrudnieniu 168 lekarzy, w ZOZ Łódź-Widzew 3821 tys. zł przy zatrudnieniu 212 lekarzy, a w ZOZ Łódź-Górna 4065 tys. zł, przy zatrudnieniu 321 lekarzy. Jednak w ZOZ Łódź-Widzew na 1 lekarza przypada 727 mieszkańców, a w ZOZ Łódź-Śródmieście 600 mieszkańców. Potwierdza to tezę, że budowa planów jest dokonywana na podstawie poziomu wydatków z roku poprzedniego, a nie na analizie rzeczywistych potrzeb ludności podległej opiece lekarskiej.

4. Uwagi i wnioski końcowe

Istnieje duża potrzeba zmiany systemu dotychczasowego planowania w ochronie zdrowia, a kierunki tych zmian powinny mieć wbudowany systemowy mechanizm proefektywnościowego stymulatora zdrowot-

nego¹¹, najlepiej wykorzystującego posiadane środki finansowe. Główne zmiany należy wprowadzić na etapie planowania środków finansowych zgodnie z zasadą ekonomizacji wykorzystującej rachunek kosztów jednostkowych¹².

Prowadzone rozważania pozwoliły na sformułowanie szeregu wniosków o charakterze merytorycznym i metodologicznym związanych z porównaniem ZOZ województwa miejskiego łódzkiego. Wiele z tych wniosków można uznać za ogólne prawidłowości zmian w systemie planowania ochrony zdrowia. Nie powtarzając w tym miejscu zasadniczych wyników analizy można dokonać ogólnej syntezy zawierającej się w kilku grupach zagadnień:

1. Wykorzystanie rachunku kosztów jednostkowych przeliczanych wg różnych nośników zgodnie z rodzajem działalności i typem świadczonych usług oraz warunkami lokalnymi powinno być podstawą do budowy całego zestawu norm budżetowych, których charakter winien stać się informacyjny, a nie dyrektywny.

2. Ewidencjonowanie wszystkich pozycji kosztów powinno być realizowane w taki sposób, aby możliwe było łatwe ich rozliczenie na poszczególne komórki zadaniowe i kategorie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3. Istnieje potrzeba uwzględnienia w ewidencji kosztów różnych nakładów analitycznych: wg rodzajów kosztów, powiązania kosztów z działalnością placówek i źródeł finansowania.

4. Niezbędne jest wyodrębnienie w ewidencji kosztów ZOZ kosztów poszczególnych placówek, tj. szpitali, przychodni, a w nich działów funkcjonalnych, oddziałów szpitalnych czy poradni.

5. Na bieżąco należy prowadzić ocenę wyników działalności z nakładami oraz uzależnienie od rezultatów premii motywacyjnych wzmacniających dyscyplinę i stymulujących jakość usług.

Powodzenie przedsięwzięć związanych z ekonomizacją planowania w ochronie zdrowia jest podejściem skomplikowanym, nie mającym dużych

¹¹ Por. J. D. F o r d y c e, G. H. M o o n e y, F. M. R u s s e l l, *Economic Analysis in Health Care*, "Health Bulletin" 1981, No. 38/1, s. 21-38; *Economic Research into Health Service Growth, Reports and Studies*, No. 52, Copenhagen 1981.

¹² J. I n d u l s k i, M. M a t u l e w i c z, *Sektor ochrony zdrowia w przyszłości*, "Prace Naukowe i Progностyczne" 1984, nr 3, s. 1-23.

tradycji w naszej rzeczywistości gospodarczej. Wszelkie próby podejmowane w tym zakresie, niezależnie od ostatecznych wyników, należy uznać za pewien krok na drodze prowadzącej do wszechstronnego i zrównoważonego dostępu do lekarzy i poprawy zdrowia ludności naszego kraju.

Henryk Mikulski

EVALUATION OF FINANCIAL PLANNING
IN HEALTH SERVICES - CASE STUDY
OF THE ADMINISTRATIVE PROVINCE OF ŁÓDŹ

The problems of financial planning in health services belong today to the most rapidly developing intellectual trends in the process of reforming Poland's economic system. That is prompted not only by the necessity of solving urgent problems connected with objective management of this sphere of our life but also by complexity of many issues and questions, which require an interdisciplinary approach and combining research efforts of various scientific disciplines.

From among different approaches applied in planning it is proposed that the unit costs account calculated in relation to quantified objective measures of health needs should become a basis for the decision-making process. Such approach allows to draft operational plans through a comprehensive treatment of various problems, which were hitherto often approached separately and fragmentarily, and which constitute today coherent links of a precise chain of the planning procedure.

The present article contains a critique of planning instruments used hitherto. The author points at shortcomings in objective analyses of disproportions in the use of financial funds in the Health Care Centres in the administrative province of Łódź. A critical evaluation of the existing planning system is accompanied by an attempt at its rationalization in the context of activities aimed at a comprehensive reform of the country's economy.