



fot. Dział

Policzmy koszty

Ostatnie wydarzenia pokazały dobitnie, że polski system ochrony zdrowia boryka się z problemami wynikającymi z braku danych statystycznych, m.in. na temat kosztów usług medycznych. Dowodem na poparcie mojej tezy jest kształt koszyka świadczeń gwarantowanych czy ustawa o przekazaniu świadczeniodawcom funduszy na wzrost wynagrodzeń.

Bolączką polskiego systemu ochrony zdrowia jest to, że proponowane rozwiązania pojawiających się problemów mają *nie powodować skutków finansowych* albo ich symulacja jest nierealna. Wiele też mówi się o niskich nakładach na ochronę zdrowia. Tymczasem zapominamy o podstawowych filarach efektywnego wykorzystania istniejących zasobów. Jest to bardziej złożony proces, związany z podejmowaniem decyzji w ochronie zdrowia w Polsce, w szczególności w zakresie symulacji finansowych ich efektów.

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie liczenia kosztów w zakładach opieki zdrowotnej jest na tyle ogólne, że uniemożliwia zbieranie i porównywanie danych między szpitalami (o ile nieliczne placówki liczą koszty usług medycznych). Nie można ich więc agregować i porównywać. Wobec powyższego, aby rzeczywiście wyliczyć koszty usług medycznych i określić np. wartość pracy *białego personelu*, należy zacząć od zmiany rozporządzenia w sprawie liczenia kosztów. Trzeba stworzyć normatywną kartę, według której zostaną policzone koszty, a następnie w formie elektronicznej zebrać informacje kosztowe. Pragnę podkreślić, iż CSIOZ może przeprowadzić taką operację (w 2006 r. został w tym celu zakupiony serwer). Problemem jest to, że do dziś nie opracowano opisanej w propozycji matrycy. Jest to ogromne przedsięwzięcie, ale sądzę, że na zbudowanie systemu liczenia kosztów pracy w zakładach opieki zdrowotnej wystarczy pół roku. Dlatego niezbędne jest stworzenie i powołanie agencji taryfikacji oraz opracowanie projektu liczenia kosztów.

Rozdzielenie oceny efektywności klinicznej oraz ekonomicznej i taryfikacji umożliwi rzeczywiste policzenie kosztów i oddzielenie dwóch odrębnych zadań,

jakimi są opracowanie koszyka świadczeń medycznych oraz wycena procedur medycznych.

Pojęcie kosztów jest nierozdzielnie związane z każdą formą działalności, bez względu na jej rodzaj, status prawny przedsiębiorstwa, generowany produkt czy usługę. Oczywiście, koszty są różnie definiowane, podobnie jak w różny sposób dokonuje się ich klasyfikacji i kalkulacji. Jeżeli chodzi o koszty konkretnych procedur medycznych, problem jest bardziej złożony. W tym wypadku, z uwagi na ogromną różnorodność przypadków, każdą procedurę trzeba traktować indywidualnie, biorąc pod uwagę absorpcję kosztów (takich jak czas czy praca). Koszty pracy i ich rozliczanie okazują się sprawą najbardziej skomplikowaną. Należy bowiem uwzględnić kompetencję, wiedzę, wykształcenie, umiejętności i inne cechy ludzi wykonujących dane procedury i odpowiednio je wycenić. Kalkulację kosztów związanych z konkretnym pacjentem, czyli wydatki na podane mu leki (uwzględniające koszty apteki) i koszty wykonanych procedur medycznych, należy potraktować szczegółowo, stosując metody dostarczające w miarę możliwości najbardziej rzetelnych i wiarygodnych danych. Jest to niezbędne do prawidłowej wyceny świadczeń. Proces ten musi umożliwiać identyfikację kosztów pod względem celu, na jaki zostały spożytkowane, co z kolei daje rzetelne kwoty, jakie należy ująć przy kalkulacji kosztu wytworzenia usługi medycznej. Nie można zapomnieć o doliczeniu do kosztu wytworzenia narzutu kosztów zarządu, co w rezultacie daje końcową cenę świadczenia, czyli jednostkowy koszt własny sprzedaży nośnika kosztów. W procesie liczenia kosztów usług medycznych *dyskusyjna* jest wciąż amortyzacja. Dlatego liczenie kosztów powinno być zinstytucjonalizowane, bo tylko w taki sposób można rozwiązać ten problem. ■