

Sesja – FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ FUNCTIONING OF HEALTH CARE SYSTEM

Ile świat wydaje na ochronę zdrowia?

How much does the world spend on healthcare?

KAZIMIERZ RYĆ, ZOFIA SKRZYPCZAK

Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

Analiza danych WHO wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie w poszczególnych krajach poziomu wydatków na ochronę zdrowia per capita, ich struktury oraz relacji do PKB (%). Autorzy prezentują te wielkości wyodrębniając następujące grupy krajów: „stara” UE, „nowe” kraje UE, kraje powstałe w wyniku rozpadu ZSRR, kraje Europy Wschodniej, Kaukazu i Azji Środkowej oraz kraje BRIC i grupy G-7.

Podjęta została próba odpowiedzi na pytanie: czy istnieją ogólne prawidłowości i tendencje w finansowaniu ochrony zdrowia charakterystyczne dla poszczególnych grup krajów?

Słowa kluczowe: poziom wydatków na ochronę zdrowia, struktura finansowania ochrony zdrowia, finansowanie publiczne ochrony zdrowia, obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB (%)

The analysis of the WHO data shows that the level of expenses on healthcare per capita, its structure and correlation with GDP in individual countries, are very diverse. The authors present these figures in relation to the following group of countries: “old” EU-members, “new” EU-members, former members of the USSR, countries of Eastern Europe, Caucasus and Middle Asia, as well as the BRIC countries and G-7 Group.

The study tends to clarify whether there are common regularities and tendencies in healthcare financing that are typical for the particular group of countries.

Key words: level of healthcare expenses, healthcare financing structure, public healthcare financing, compulsory medical insurance, correlation of healthcare expenses with GDP (%)

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce – zainteresowanie i samoocena wiedzy badanych

Self-assessed level of knowledge and interest in functioning of the health care system in Poland

ALFRED OWOC^{1/}, IWONA BOJAR^{2/}, JAKUB OWOC^{3/}

^{1/} Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

^{2/} Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa, Instytut medycyny Wsi w Lublinie

^{3/} Polska Izba Ubezpieczeń

Cel. Poznanie zainteresowania oraz samooceny wiedzy badanych na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w styczniu 2008 r. wśród różnych grup społecznych z pięciu województw: mazowieckiego, zachodniopomorskiego, śląskiego, lubuskiego i lubelskiego. Badania miały charakter anonimowy. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszego badania. Wysłano 1200 kwestionariuszy, otrzymano 740 prawidłowo wypełnionych ankiet. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki i wnioski. Około 50% badanych nieszczerze interesują sprawy reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. Połowa ankietowanych uważa, że ich wiedza dotycząca funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wystarczająca, natomiast ok. 43% jest zdania, że jest ona słaba. Osoby z wyższym poziomem wykształcenia bardziej interesują się problemami systemu ochrony zdrowia niż badani z wykształceniem niższym. Bardziej krytyczne w stosunku do swojej wiedzy dotyczącej funkcjonowania systemu są osoby starsze. Podstawowe źródła wiedzy o systemie ochrony zdrowia to: radio i telewizja oraz prasa. Wysoki odsetek badanych (40,37%) jest zdania, że nowoczesna opieka zdrowotna jest najważniejszym obowiązkiem państwa wobec swoich obywateli.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, źródła informacji, reformy

Aim. To assess the interest and self-assessed level of knowledge on the functioning of the Polish health care system.

Material and method. The research was conducted in January 2008 among various social groups from five regions: Mazowieckie, Zachodniopomorskie, Śląskie, Lubuskie and Lubelskie. The author's questionnaire was used as a research tool. 1200 anonymous questionnaires were distributed and 740 were correctly filled out and submitted. The results were statistically analyzed.

Results and conclusions. 50% of the surveyed are not interested in the issues concerning the health care system reform. Half of the surveyed think that their knowledge on how the system functions is sufficient and 43% considers it inadequate. The higher level of education of the surveyed, the more interested they are in the health care system issues. The older people are more self-aware of their level of knowledge. Basic sources of information on the health care system are radio, television and press. A high rate of the surveyed (40.37%) believes that modern health care is the government's most important responsibility.

Key words: health care system, sources of information, reforms

Gwarancja bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w opinii społecznej

Health safety within the national healthcare system according to the public

IWONA BOJAR, LESZEK WDOWIAK

Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa, Instytut Medycyny Wsi

Cel. Poznanie opinii społecznej dotyczącej bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ).

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w styczniu 2008 r. wśród różnych grup społecznych z trzech województw: mazowieckiego, lubuskiego i lubelskiego. Badania miały charakter anonimowy. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszego badania. Wysłano 1200 kwestionariuszy, otrzymano 740 prawidłowo wypełnionych ankiet. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki i wnioski. Możliwości leczenia w publicznej opiece zdrowotnej takie same dla wszystkich ubezpieczonych ankietowani ocenili średnio na 2,21 w pięciostopniowej skali. Inaczej postrzegają możliwość równego dostępu do opieki zdrowotnej w ramach PUZ

mężczyźni i kobiety oraz badani z różnym wykształceniem. Największym problemem związanym z korzystaniem z publicznej opieki zdrowotnej są kolejki do specjalistów (87%) i kolejki oczekiwania na badania diagnostyczne (56,54%). Blisko 60% respondentów uważa, że nie ma gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach PUZ w Polsce. Świadczenia publicznej opieki zdrowotnej częściowo zaspokajają oczekiwania 50% badanych, 31,5% uważa, że ich oczekiwania nie są zaspokajane. Większość respondentów uważa, że zarówno państwo, tworząc sprawny system ochrony zdrowia, jak i my sami, dbając o zdrowie, jesteśmy odpowiedzialni za stan systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, powszechne ubezpieczenie zdrowotne, dostęp do opieki zdrowotnej

Aim. To analyze the public opinion on the Poles' health safety within the national health care system (PUZ).

Material and method. The research was conducted in January 2008 among different social groups from five regions – Mazowieckie, Lubuskie, Lubelskie, Zachodniopomorskie and Śląskie. The author's questionnaire was used as a research tool. 1200 anonymous questionnaires were distributed and 740 were correctly filled out and submitted. The results were statistically analyzed.

Results and conclusions. In a 1-5 scale the surveyed group assessed equality of access to public health care services at 2.21. Their assessment differed according to the subjects' gender and the level of education. According to the surveyed group the biggest issues concerning access to public health care services are waiting lists to see specialists (87%) and waiting periods for diagnostic procedures (56.54%). Almost 60% of all respondents are of opinion that public health care system does not guarantee health safety. Public health care services meet the expectations of 50% of the surveyed. 31.5% said that their expectations were not met. Most of the surveyed believe that it is the responsibility of the state – by creating an efficient health care system – as well as their own responsibility – by taking individual care of their own health – to maintain a sound condition of the health care system.

Key words: health safety, national health care system, access to health care services

Ratowanie życia – finansowanie świadczeń udzielonych w stanach nagłych

Life-saving procedures – financing of health services provided in emergencies

AGNIESZKA WOJTECKA, MARZENA ZARZECZNA-BARAN, PIOTR POPOWSKI

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Niejednoznaczne przepisy prawne dotyczące finansowania procedur ratujących życie przez świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, stają się przyczyną sytuacji konfliktowej pomiędzy wartościami ekonomicznymi a etycznymi. Brak uregulowań szczegółowych, łatwych do zastosowania w praktyce przez profesjonalistów medycznych słabo znających zagadnienia prawne rodzi sytuacje, w których ratowanie życia pacjentowi objętemu ubezpieczeniem zdrowotnym jest kredytowane przez świadczeniodawców lub zasadność finansowania tych procedur jest kwestionowana przez płatnika publicznego. Dlatego konieczne jest zaproponowanie takich procedur postępowania administracyjnego, które zarówno zabezpiecząby interes pacjenta w sytuacji konieczności ratowania życia jak i określały jasno kryteria, które procedury podlegają finansowaniu ze środków publicznych w przypadku braku umowy łączącej świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia. W artykule przedstawiono propozycję rozwiązania bieżących,

najważniejszych problemów pojawiających się w codziennej praktyce świadczeniodawców.

Słowa kluczowe: ratowanie życia, stany nagłe, finansowanie świadczeń

Ambiguous legal regulations concerning the financing of life-saving procedures by healthcare providers who did not sign a contract with the National Health Fund have led to a conflict between the economic and ethical values. The lack of detailed regulations which could be easily applied in practice by medical professionals having little knowledge of legal matters, creates situations where saving the life of a patient covered by health insurance is credited by healthcare providers, and where the legitimacy of financing these procedures is questioned by a public taxpayer. It is necessary, therefore, to propose such protocols of administrative proceedings that would secure the patient's interest in the situation requiring life-saving treatment as well as clearly define the criteria determining which procedures are eligible for financing from public funds in cases where there is no contract between a healthcare provider and the National Health Fund. The article presents a proposal addressing current and most significant problems encountered in everyday practice of healthcare providers.

Key words: life-saving procedures, emergencies, financing of health services

Opinia średniego personelu medycznego na temat zmian zachodzących w podstawowej opiece zdrowotnej w woj. łódzkim

The approach of middle-level medical personnel towards the transformations in primary health care system in the Lodz Province

IWONA MARKOWSKA-KABAŁA

Zakład Polityki Społecznej, Wydział Zarządzania, Politechnika Częstochowska

Wprowadzenie. W podstawowej opiece zdrowotnej procesy prywatyzacyjne przebiegają już od dłuższego czasu, i można już dziś mówić o efektach tych zmian. Tego typu rozwiązania, nie zawsze można wykorzystać w stosunku do innych podmiotów, warto jednak skorzystać z dostępnych doświadczeń i spróbować znaleźć dla nich zastosowanie.

Cel, materiał i metoda. Zaprezentowanie wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród średniego personelu medycznego – dotyczących zmian, w tym własnościowych, jakie zachodzą, w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego.

Wyniki i wnioski. Niepubliczne placówki oferują lepsze warunki pracy oraz wyższe wynagrodzenie swoim pracownikom. Zakłady te są zdecydowanie bardziej nowoczesne i lepiej wyposażone. Personel więcej wie o przekształceniach i częściej jest ich zwolennikiem. W zakładach publicznych także zachodzi szereg zmian, lecz pracownicy są bardziej sceptyczni, co do ich efektów. Warunki pracy są często przeciętne, a lęk przed zwolnieniem nadal wysoki. Pracownicy publicznych zakładów nie popierają przekształceń własnościowych, gdyż nadal ten typ zmian wiąże się dla nich przede wszystkim z redukcją personelu. Podsumowując, można uznać, że doświadczenia i wiedza zdobyte we własnym zakładzie pracy wpływa na postrzeganie zmian, jakie zachodzą w podstawowej opiece zdrowotnej. Czym więcej się o zmianach wie, tym częściej się je popiera. Gdy przynoszą korzyści, pracownicy stają się ich orędownikami, jeśli nie zaborcami przeciwnikami. Dlatego bardzo ważne jest, aby dobrze przygotować zmiany w ochronie zdrowia, przygotować do nich personel, poinformować o zyskach i stratach, zyskać w nich popleczników, gdyż bez nich cały proces nie może się udać.

Słowa kluczowe: *średni personel medyczny, prywatyzacja, transformacja systemu opieki zdrowotnej, podstawowa opieka zdrowotna*

Introduction. The privatization processes in the primary health care centres have been carried out for some time now. Therefore, the results of the transformation can already be observed. Although such solutions cannot always be applied to other institutions, they are worth observing and using available experience and trying to apply it where relevant.

Aim, material and method. The aim of the paper is to present the results of the research based on a questionnaire carried out among middle-level medical personnel, regarding the transformations, including the ownership transformations in primary health care in the Lodz Province. Although the research is not representative of the whole region, it presents the direction of the transformations and the approach of medical staff towards it.

Results and conclusions. The research shows that private health care centres offer better working conditions and higher salaries to their staff. They are much more modern and better-equipped. Their staff know much more about the transformations carried out and more often support them. In public health care centres there are also numerous transformations introduced, however, the staff is usually more sceptical towards their potential outcome. Working conditions are frequently rather basic and the fear of losing a job is still common. The staff of public health care centres do not support ownership transformations, since they associate this type of change with the personnel reduction. To conclude, it can be claimed that the experience and information acquired in one's own workplace influences the way the staff approach the changes introduced in the primary health care system. The more the staff know about the transformations, the more they support them, rather than becoming fervent opponents. Therefore, it is crucial to appropriately prepare the transformation of the health care system and pave its way among medical staff through adequate information about the potential profit and loss, and trying to win the staff support, as without it nothing can be successfully done.

Key words: *middle-level medical personnel, privatization, transformations in primary health care system, primary health care*

Jakość w usługach zdrowotnych wyznaczniem sukcesu placówki ochrony zdrowia

Quality in health services as the indicator of success of a health care institution

BEATA ORUBA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

Przekształcenia społeczno-ekonomiczne, jakie nastąpiły w Polsce po 1991 r., spowodowały konieczność wprowadzenia nowych form i metod zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Twórcom nowego ładu chodziło głównie o funkcjonowanie na rynku usług medycznych wielu podmiotów funkcjonujących z zachowaniem równowagi rynkowej. Sytuacja okazała się zbyt skomplikowana dla zakładów nie umiających się dostosować do reguł rynkowych. Wiele z nich uległo rozwiązaniu lub poddało się procesom upadłościowym. Przetrwały tylko te, które umiały sprostać oczekiwaniom klientów. Rozpoczęła się batalia o pacjenta i wykształcił się tym samym marketing partnerski. Coraz większą uwagę zaczęto zwracać na jakość świadczonych usług zdrowotnych, ponieważ w otoczeniu nie brakowało zakładów opieki zdrowotnej świadczących te same lub komplementarne usługi medyczne. Jakość stała się najważniejszą bronią w konkurencji rynkowej. Nigdy nie była ona łatwa do osiągnięcia i nigdy nie mogła być pozostawiona przypadkowi. Jest ona bowiem dziełem zbiorowego wysiłku. We współczesnym spojrzeniu na zapewnienie jakości powinien

dominować pogląd, że procesy świadczenia usług i ich strukturalne uwarunkowania i rezultaty, powinny być systematycznie oceniane z punktu widzenia pacjenta i rozwiązywanego problemu. Biorąc pod uwagę specyfikę produktów opieki zdrowotnej, a w szczególności zaufanie, jakie jest niezbędne w procesie wyboru usługodawcy i leczenia, ważne jest, aby podmioty świadczące usługi medyczne umiały wdrażać systemy zapewnienia jakości, gdyż w obecnej dobie są one nieodzowne w konkurencji o pozyskanie pacjenta i sprostanie jego oczekiwaniom, a także o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Klienci stanowią ten rodzaj aktywów, których wartość z czasem wzrasta. Posiadanie wiernych konsumentów zmniejsza koszty pozyskania nowych, a co za tym idzie wzrost rentowności oraz wartości dodanej.

Słowa kluczowe: *jakość w usługach zdrowotnych, zakład opieki zdrowotnej*

The social and economic restructuring that occurred in Poland after 1991 resulted in the necessity to implement new forms and methods of managing the health care institutions. The founders of the new order mainly aimed at achieving the situation where many entities co-exist with the maintenance of market balance in the market of medical services. The situation turned out to be too complicated for the entities that could not adapt to the market principles. Many were dissolved or went bankrupt. Survived only those that could live up to the expectations of the clients. The competition for patients resulted in the development of partner marketing. The quality of provided health services became the focus, as there were numerous health care institutions in the area that provided the same or complimentary medical services. Quality has become the most important weapon in the market competition. It has never been easy to achieve and it could never be left uncontrolled, as it is an outcome of a group effort. In the contemporary perception of the quality assurance a view should prevail that the service provision processes and their structural conditions and results should be systematically assessed from the view of the patient and the addressed problem. Taking into consideration the specifics of the health care products and especially the trust necessary in the process of selection of the service provider and of treatment, it is important that the entities providing medical services are capable of implementing the quality assurance systems, as nowadays they are indispensable in the competition for acquiring patients and meeting their expectations, as well as for the contracts with the National Health Fund. Clients are the type of asset whose value increases in time. Possessing faithful consumers reduces the costs of gaining new ones and thus increases profitability and added value.

Key words: *quality in health services, health care institutions*

Znaczenie badania sytuacji finansowej i majątkowej dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej

The importance of examination of financial condition and property condition for management of a health service institution

MARIA DANUTA GŁOWACKA, JAN NOWOMIEJSKI, ANDRZEJ
KLAMEREK

Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Funkcjonowanie każdego podmiotu gospodarczego, w tym zakładu opieki zdrowotnej wymaga okresowej analizy. Analiza ekonomiczna jest metodą postępowania naukowego, gdyż zawiera kompleks czynności badawczych, które stosowane w określony sposób mają na celu rozpoznawanie zjawisk i procesów zachodzących w podmiocie

gospodarczym. Podstawą analizy finansowej są wielkości ekonomiczne w wyrażeniu pieniężnym, w tym stan majątkowo-kapitałowy, wyniki finansowe oraz ogólna sytuacja finansowa organizacji. Umożliwia ona sprawdzenie, czy dotychczasowa działalność dała zamierzone efekty, a także pozwala na określenie kierunków i sposobów doskonalenia dalszego rozwoju. Celem niniejszego opracowania jest określenie sytuacji finansowo-majątkowej oraz ocena osiągniętych wyników Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu w latach 2005-2007.

Słowa kluczowe: zarządzanie, analiza ekonomiczna, płynność finansowa, sprawność zarządzania, zadłużenie

The functioning of every economic entity, such as a health care institution, entails a periodic analysis. Economic analysis is a scientific method because it consists of a series of examination actions, which are used in a specific way and are aimed at the identification of phenomena and processes taking place in an economic entity. Financial analysis is based on economic measurements expressed in monetary property status and capital, financial results as well as general financial situation of an organization. Financial analysis makes it possible to check whether the activity undertaken so far has brought the expected results. It also helps to define goals and ways to achieve further progress. The goal of the paper was to describe financial situation and assessment of the results achieved by the Poznan Health Care Center of Home Office of Poland between 2005-2007.

Key words: management, economic analysis, financial liquidity, efficacy of management, debt

Alokacja w ochronie zdrowia na przykładzie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Allocation in health care illustrated with the example of outpatient health care

BEATA ORUBA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

Podstawowym problemem systemów ochrony zdrowia na całym świecie jest niezadowalający poziom finansowania. Ciągłe brak jest stabilnych przepisów dotyczących zasad finansowania świadczeń zdrowotnych, częste zmiany w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej powodują niepewność i poczucie zagrożenia zarówno dla pacjenta, jak i świadczeniodawcy. Reforma ochrony zdrowia, która powinna gwarantować wszystkim obywatelom i rezydentom danego kraju równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, wywołuje frustracje, gdyż pacjenci nie dostrzegają związku pomiędzy rosnącą składką zdrowotną a jakością i dostępnością do świadczeń medycznych. Nie ma na świecie idealnego modelu ochrony zdrowia. Dużo pieniędzy, nie gwarantuje dobrego systemu. Nawet najbogatsze państwa, tj. np. USA, które przeznaczają 14 % PKB na zdrowie, musi racjonować opiekę zdrowotną. W Polsce przeznaczają się na ochronę zdrowia prawie 6 % PKB; przy takich środkach nie jest możliwe zabezpieczenie opieki Polakom na jednolitym poziomie. Dlatego warto zwrócić uwagę na alokację zasobów, którymi dysponuje gospodarka przez system finansów publicznych. Na poziomie populacyjnym dochodzi do alokacji zasobów z uwzględnieniem popytu na ochronę zdrowia. W ramach regionalnego budżetu alokowanego przez centralne organy na każdy region najczęściej dokonuje się go w oparciu o względne

potrzeby każdego regionu. Alokacja jest rozpatrywana w artykule przez pryzmat kontraktowania. Tutaj wszystko się rozstrzyga. Niewłaściwa alokacja, to ryzyko poniesienia strat. Problem alokacji zasobów w obszarze ochrony zdrowia, nie jest zagadnieniem łatwym, gdyż pod uwagę brane jest życie ludzkie. NFZ jest monopolistą na rynku usług zdrowotnych i permanentnie dąży on do udoskonalenia i ujednoliceń metod kontraktowania. Obecne zasady kontraktacji umów wydają się być bardziej precyzyjne ze względu na przedmiot umowy i wycenę punktową, jednak ciągle obowiązuje zła konstrukcja algorytmu – podziału środków finansowych w Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej. Powinien on zapewnić ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń medycznych, niezależnie od oddziału, do którego ubezpieczony jest zarejestrowany przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu przedmiotowych środków, tymczasem obserwuje się różnicowanie poziomu finansowania ochrony zdrowia na mieszkańca w poszczególnych województwach. Istniejący system, zajmujący się podziałem środków jest nieelastyczny, nie zapewnia on bowiem równości ani też łatwego dostępu pacjentów do usług medycznych. Konstrukcja algorytmu powoduje, że uboższe województwa dostają mniej pieniędzy niż bogatsze.

Słowa kluczowe: alokacja w ochronie zdrowia, ambulatoryjna opieka zdrowotna

An insufficient level of financing is the basic problem of the health care systems worldwide. There is a constant lack of stable regulations concerning the principles of financing health services; frequent legal changes in the health care institutions status result in insecurity and anxiety in both the patients and the health care providers. The health care reform, which should provide all the citizens and residents of a specific country with equal access to health services, evokes frustration as the patients cannot see the correlation between an increasing health insurance premium and the quality and accessibility of medical services. There is no perfect model of health care anywhere in the world. A lot of money does not guarantee a sound system. Even the most affluent countries like the USA, who allocate 14% of their GDP for health, have to ration health care. In Poland almost 6% of GDP is spent on health care, yet such funds cannot secure health care for Poles at a uniform level. Therefore it is worth to study the allocation of the resources that are available to the economy through the system of public finances. At the population level the resources are allocated according to the health care demand. Within the regional budget allocated by the central organs to each region, the allocation is most often performed on the basis of relative needs of each region. This paper discusses allocation from the view of contracting, as everything is decided at that point. Improper allocation brings the risk of losses. The issue of resource allocation in health care is not an easy one because human life is at stake. The National Health Fund holds monopoly in the market of health services and permanently aims at enhancement and unification of the contracting methods. The current contracting principles seem to have become more precise regarding the subject of the contract and credit-based assessment, however they still allow the application of the wrongly constructed algorithm to divide the financial resources in the Outpatient Health Care. The algorithm should provide the insured with equal access to medical services, regardless of the region of the patient's registration, with simultaneous effective use of the subject funds. Nevertheless, a differentiation of the level of the health care financing per capita is observed in various provinces. The existing system dealing with the distribution of funds is inflexible, as it does not provide equality nor easy accessibility of medical services to the patients. The structure of the algorithm results in less money for the poorer provinces than for the more affluent ones.

Key words: allocation in health care, outpatient health care

Zarządzanie kosztami i rachunkiem kosztów w jednostkach medycznych

Management of costs and cost calculation in medical institutions

MARIA DANUTA GŁOWACKA, ANDRZEJ KLAMEREK, JAN NOWOMIEJSKI

Zakład Organizacji i Zarządzania, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Koszty to wyrażone w pieniądzu celowe zużycie składników majątku trwałego i obrotowego, usług obcych, nakładów pracy związane z prowadzeniem działalności gospodarczej w określonym czasie. Synonimem kosztów są nakłady i wydatki. W ZOZ mamy do czynienia w szczególności z kosztami działalności usługowej, które ponoszone są w wyniku wykonywania lub świadczenia usługi. Koszty w ZOZ będące elementem rachunku kosztów podzielone zostały na ośrodki kosztów. Są to ośrodek kosztów działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu. Nośnikami kosztów są m.in. osobodnie opieki, pacjent z zaordynowanymi lekami i procedurami, procedury medyczne i inne usługi. Rachunek kosztów dzieli je na koszty według miejsca ich powstania, koszty rodzajowe i koszty układu kalkulacyjnego. Wśród nich wyróżnić można koszty stałe i zmienne. Badanie kosztów stałych i zmiennych odbywa się metodą księgową i metodą odchyłeń krańcowych. Pozwala to na podział i na przybliżenie ich do pacjenta. Są to zatem koszty procedur medycznych, koszty opieki na oddziale i koszty leków.

Słowa kluczowe: *koszt, nakład, wydatek, rachunek kosztów, osobodzień, medyekonomia, rynek usług, ośrodek kosztów, analiza, synteza*

Costs refer to a purposeful use of elements of fixed and revolving assets, external service and workload connected with economic activity in a given period of time, which is expressed in money. Costs are synonymous to outlay and expenditure. In medical economic entities one has to do mainly with the costs of service connected with the execution and provision of service. In medical entities, costs are divided into the cost centers i.e. costs of basic activity, costs of auxiliary activity and costs of management. On the other hand, the cost carriers include the so-called care per person per day, a patient with prescribed medication and procedures, medical procedures and other services. The cost account divides them in accordance with the place of their origin, type costs and costs of a calculation scheme. These, in turn, are comprised of fixed and variable costs. Fixed and variable costs are examined by the accounting method or the method of extreme deviations, which allows for the cost division and bringing them closer to the patient. These are the costs of medical procedures, medications and ward care.

Key words: *cost, outlay, expenditure, cost calculation, person-day, medical economics, service market, cost center, analysis, synthesis*