

Jak obiektywnie wyliczać wskaźniki obrazujące działalność podmiotów leczniczych



Plan Koronkiewicza

Fot. © iStockphoto.com/3x

Według obiegowych opinii za pomocą statystyki można udowodnić wszystko w zależności od zapotrzebowania różnych grup interesów. I tak się niestety często zdarza. Nie tylko wtedy, gdy podmioty zbierające dane piszą pytania i formularze „pod tezę”. Również wtedy, gdy formularze są źle napisane – zbyt ogólne albo zbyt szczegółowe. Jedno i drugie jest błędem. Andrzej Koronkiewicz przedstawia autorską propozycję obiektywnego i wyczerpującego wzoru sprawozdania jednostki lub komórki organizacyjnej z działalności podstawowej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne.

Dlaczego proponuję nowe wzory formularzy? Otóż historia – i to całkiem nieodległa – uczy, że posługując się danymi statystycznymi, można „udowodnić”, że np. wprowadzenie w 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spowodowało wzrost zgonów w Polsce o ok. 20 tys. – wg lansowanej teorii urzędującego za czasów SLD ministra zdrowia. Co więcej, teorie takie wygłoszono na wyjazdowym posiedzeniu rządu, w dodatku w rektoracie ówczesnej Akademii Medycznej, a dziś Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, nie budząc stosownych refleksji kadry naukowej.

Argumenty podniesione wówczas i rozpropagowane przez media nie pozostały jednak bez wpływu na rzeczywistość i w rezultacie zdecydowano się na zmianę krytykowanych kas chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia, który obecnie ma być zastąpiony przez

Narodową Służbę Zdrowia – finansowaną z budżetu państwa jak za czasów PRL.

Według aktualnego ministra zdrowia argumentem przemawiającym za „obywatelskim prawem do opieki zdrowotnej” ma być fakt pozostawiania poza systemem ubezpieczeniowym ok. 2,5 mln naszych rodaków, których prawidłowo „wykluczył” eWUŚ. Komplikacje wynikające z braku dostępu do POZ i koszty ich leczenia miały się z kolei przyczynić do gwałtownego wzrostu kosztów ochrony zdrowia. Oczywiście w legislacyjnym galopie nadano te uprawnienia nieuprawnionym, łamiąc jedną z kardynalnych zasad ubezpieczeń zdrowotnych, jaką jest „wzajemność składki i świadczenia”.

Nikt nie sprawdził wiarygodności tych danych – oparto się na wygłaszanych tezach, pozostawiając

decyzje bez matematycznego c.b.d.o. – „co było do okazania”.

Niestety z wiarygodnością danych statystycznych ochrony zdrowia od lat są ogromne kłopoty i to już nawet na etapie np. liczby szpitali, co może zadziwiać, ponieważ ich rejestracja zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia dokonywana jest w urzędach wojewódzkich. Tymczasem w różnych publikacjach podawane są różne dane. W OSR (ocenie skutków regulacji) do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie dostępu do leczenia substytucyjnego – liczba szpitali według NFZ wynosi 964, wg Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – 990, wg danych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia – 1375, natomiast wg GUS – 979.

Podobnie jest z liczbą lekarzy: wg OSR wynosi ona ogółem 162 009 (dane z Centralnego Rejestru Lekarzy), podczas gdy rocznik statystyczny GUS podaje – 87 687!

Na koniec warto zastanowić się nad formularzami sprawozdawczości statystycznej w ochronie zdrowia. Aktualnie jednostki opieki zdrowotnej wypełniają 16 formularzy Ministerstwa Zdrowia (MZ 29, 29a, 13, 19, 24, 14, 15, 88, 89, 30, 11, 06 i MZ Szp. 11 – w różnych terminach po zakończeniu okresu sprawozdawczego), 5 formularzy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS – ZD 2, 3, 4, 5 i ZD 6 sprawozdawczość żłobka – obecnie nie jest to już struktura opieki zdrowotnej). Formularz MZ 24 to roczne sprawozdanie dotyczące „przerywania ciąży wykonanego w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej” – co wydaje się kuriozalne, zwłaszcza w obecnej sytuacji prawnej.

Istnieją więc z pewnością przesłanki do podejmowania prób choćby częściowej modyfikacji sprawozdawczości podmiotów leczniczych – przedstawiany materiał autorski może stanowić „zaczyn” do dyskusji i dalszych prac w tym zakresie.

I. Informacje ogólne dotyczące podmiotu leczniczego i/lub przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

1. Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej
2. Numer kodu resortowego lub z wpisu do rejestru
3. Struktura organizacyjna zgodna ze schematem z regulaminu organizacyjnego
4. Dane identyfikacyjne osób funkcyjnych wg regulaminu organizacyjnego
5. Zakres realizowanej działalności statutowej, zakontraktowanej przez NFZ lub innego płatnika

KOMENTARZ

Zasadne wydaje się wykorzystanie danych z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodów, ujednolici to stosowaną nomenklaturę i umożliwi porównywanie pomiędzy sobą podmiotów

leczniczych i/lub ich przedsiębiorstw prowadzących działalność w rodzaju leczenia szpitalne.

Opis struktury organizacyjnej również powinien się opierać na danych z regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, zgodnie z wpisem do wyżej wymienionego rejestru.

Dane zawarte w pkt 4 można uznać za fakultatywne, ale ważne w przypadku sprawozdania z działalności dla organu założycielskiego itp.

Zakres działalności może zostać doprecyzowany w odniesieniu do rodzaju płatnika i będzie wymagał jeszcze konsultacji m.in. z przedstawicielami NFZ.

II. Informacje dotyczące personelu

1. Liczba lekarzy i formy zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna itp. (posiadane specjalizacje i umiejętności, inne kwalifikacje, certyfikaty itp.)
2. Liczba pielęgniarek, ratowników medycznych itp. (posiadane kwalifikacje i formy zatrudnienia)
3. Liczba personelu pomocniczego (rodzaje, formy zatrudnienia)
4. Dodatkowe informacje (np. relacje liczby i rodzaju personelu do norm zatrudnienia, do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności)
5. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych (uczestnictwo w szkoleniach, kursach doskonalenia zawodowego, uzyskiwanie specjalizacji i tytułów naukowych, zawodowych itp.)

KOMENTARZ

Informacje dotyczące personelu medycznego w sprawozdawczości sprawiają dość istotne trudności. Obecnie w podmiotach leczniczych obserwujemy bardzo zróżnicowane formy zatrudnienia: umowy o pracę (tzw. kodeksowe), umowy o dzieło (tzw. dyżurowe), ale również na świadczenia opieki specjalistycznej, np. kardiologicznej, w zakresie konsultacji szpitalnych i/lub poradnictwa w przychodni przyszpitalnej, umowy zlecenia w przypadkach jednostkowych konsultacji lub tzw. konsyliów lekarskich, m.in. w pakiecie onkologicznym.

Z nieco odmienną sytuacją spotykamy się także w przypadkach, gdy „funkcje personelu medycznego” spełniają np. „niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej” wg starej nomenklatury, m.in. dawny ZOZ lekarzy anestezjologów z Łodzi „obsługujący” szpitale głównie w zakresie anestezjologii „operacyjnej” czy obecnie stosowany outsourcing opieki pielęgniarskiej, w tym „dyżurowej” i „zabiegowo-operacyjnej”, ale też wykorzystywanie m.in. spółek lekarskich (prawa handlowego w formie spółki z o.o., spółki komandytowej, bądź jawnej, np. „zatrudnionej” do realizacji). Nie wyczerpuje to wszystkich aktualnych możliwości udziału personelu medycznego w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej podmiotu leczniczego.



Pewnego rodzaju obejściem takiej sytuacji było stosowanie w „starej statystyce” pojęcia „równoważnik etatowy”, które obejmowało wszystkie cząstkowe formy „zatrudnienia” w odniesieniu do etatowych godzin pracy – może warto wrócić do tego rozwiązania.

W odniesieniu do pkt 4 należy zwrócić uwagę, że niewiele zawodów medycznych ma prawne regulacje dotyczące norm zatrudnienia, m.in. anestezjology czy pielęgniarki, ale zwykle odnoszą się one do tzw. minimalnych norm, co w przypadku pielęgniarek dotyczyło trochę sztucznego podziału czasu pracy na różne czynności, np. przygotowanie i dystrybucja leków, wykonywanie zabiegów pielęgnarskich, prowadzenie dokumentacji medycznej itp., w dodatku często prowadziło do protestów tych grup zawodowych, z czym mamy do czynienia także obecnie.

W pkt 5 częściowo wchodzimy w zakres zbierania danych szczegółowych na platformach, w tym głównie P 1., co także powinno być tematem dyskusji z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

III. Informacje dotyczące rodzajów i zakresu działalności

1. Rodzaj prowadzonej działalności (np. hospitalizacja całodobowa, hospitalizacja w trybie dziennym,

specjalistyczne porady ambulatoryjne, diagnostyka obrazowa)

2. Zakres prowadzonej działalności (np. hospitalizacja pacjentów neurologicznych, kardiologicznych, porady lekarzy specjalistów)
3. Posiadane zasoby (np. liczba łóżek, liczba stanowisk intensywnej terapii, wzmożonego nadzoru, liczba i rodzaj sprzętu specjalistycznego: monitory EKG, respiratory, pompy infuzyjne, stoły operacyjne, zestawy TRG, aparaty USG itp.)
4. Informacje charakteryzujące prowadzoną działalność (np. liczba hospitalizowanych pacjentów – w trybie stacjonarnym, dziennym, przyjęć planowych, przyjęć w trybie dyżurowym, liczba wykonanych zabiegów chirurgicznych, świadczeń w zakresie chirurgii jednodniowej czy kardiologii interwencyjnej wykonywanych w podmiocie leczniczym)

W efekcie dane w zakresie liczby lekarzy czy pielęgniarek mogą okazać się bardzo nieprecyzyjne, a nawet czasem zupełnie kazuistyczne, gdy podmiot leczniczy – szpital, w statystyce publicznej w ogóle nie wykazuje np. pediatrów, a w strukturze ma oddział dziecięcy albo nie wykazuje zatrudnienia anestezjologów, wykonując jednocześnie operacje.

„Dane dotyczące liczby lekarzy czy pielęgniarek mogą okazać się bardzo nieprecyzyjne, gdy podmiot leczniczy w statystyce publicznej w ogóle nie wykazuje np. pediatrów, a w strukturze ma oddział dziecięcy”

Obecnie formy zatrudnienia opisywane są w statystyce publicznej jako „zatrudnienie etatowe” i „zatrudnienie w formie umowy cywilnoprawnej”.

planowych, w trybie dyżuru, w znieczuleniu ogólnym, główne rodzaje zabiegów operacyjnych i ich liczba, pobyty w salach pooperacyjnych, wzmożonego nadzoru, intensywnej terapii, liczba wykonanych badań diagnostycznych, rodzaje i liczba porad specjalistycznych ogółem i wg kategorii NFZ itp.

5. Informacje dodatkowe (np. wszczepianie stymulatorów serca, zabiegi chirurgii jednodniowej, zabiegi endoskopowe)

KOMENTARZ

W obszarze statystyki dotyczącej rodzajów i zakresu działalności podmiotu leczniczego w zasadzie posiadamy określony typ danych, głównie pochodzących z sprawozdania Mz.29 oraz częściowo z Mz.Szp.11 – są to informacje zawarte w pkt 1, 2, 3 oraz w wybranym zakresie w pkt 4, pozostają jednak m.in. braki w odniesieniu do liczby wykonanych zabiegów planowych i w trybie ostrego dyżuru, w trybie jednodniowym, w znieczuleniu ogólnym i innych rodzajach, np. zewnątrzoponowym, odcinkowym, nasiętkowym.

Podobnie jednostkowo nie gromadzimy danych m.in. o głównych rodzajach zabiegów, w tym operacyjnych i/lub diagnostycznych, ich liczbie, zakresach itp. Odnosi się to także do pobytów w salach pooperacyjnych, wzmożonego nadzoru itp.

W odniesieniu do pkt 5 w informacjach dodatkowych warto uwzględnić m.in. zabiegi wszczepiania stymulatorów serca lub innych narzędzi, zabiegi endoskopowe, w tym w trybie jednodniowym.

IV. Dane statystyczne charakteryzujące działalność

W jednostkach i komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych i/lub przedsiębiorstw podmiotów leczniczych można wybrać określone dane statystyczne,

w tym wskaźniki obrazujące „obciążenie pracą”, korzystając z prowadzenia sprawozdawczości statystyki publicznej i rozliczeń (zwłaszcza wg jednorodnych grup pacjentów) z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi płatnikami, np.: liczba hospitalizowanych, liczba rehospitalizowanych z tej samej przyczyny, średni czas pobytu, procent wykorzystania łóżek, przelotowość, liczba osobodni leczenia, liczba łóżek na 1 lekarza (etat, pielęgniarkę), liczba pacjentów na 1 lekarza (pielęgniarkę), liczba wykonanych zabiegów chirurgicznych – planowych, dyżurnych – na 1 lekarza (pielęgniarkę operacyjną), liczba znieczuleń ogólnych i innych na 1 lekarza (pielęgniarkę anestezjologiczną), liczba wykonanych badań tomografii komputerowej – ogółem, dziennie, na 1 lekarza radiologa, technika, liczba wszczepionych stymulatorów serca – ogółem, dziennie, na 1 lekarza kardiologa.

Wybór zarówno danych statystycznych, jak również według JGP, powinien zostać ustalony przez przedstawicieli interesariuszy, w tym Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, GUS itp., w celu uzyskania możliwie wiarygodnych danych i uniknięcia różnic interpretacyjnych.

KOMENTARZ

Dane dotyczące „obciążenia pracą” w jednostkach organizacyjnych i komórkach podmiotu leczniczego budzą zwykle duże emocje. Pomimo to niektórzy z dyrektorów szpitali czy też organa założycielskie w wewnętrznych sprawozdaniach stosują wybrane wskaźniki takiej działalności, mając głównie na uwadze racjonalną gospodarkę zasobami, zarówno kadrowymi, jak i materialnymi (sprzęt i aparatura medyczna itp.).

Wydaje się, że zaproponowane w tym dziale dane i wskaźniki mogą zostać upowszechnione i ich gromadzenie oraz przetwarzanie pomoże w podejmowaniu wielu decyzji inwestycyjnych i personalnych.

Należy też stwierdzić, że w wielu krajach europejskich takie statystyki są prowadzone.

V. Dane ekonomiczne

Z uwagi na fakt, że większość danych statystycznych dotyczących jednostek i komórek organizacyjnych służy dziś głównie do użytku wewnętrznego, w sprawozdaniach, zwłaszcza rocznych, można przedstawić wybrane informacje o kosztach i przychodach w zależności od prowadzonego w podmiocie leczniczym i/lub przedsiębiorstwie podmiotu rachunku kosztów i form rozliczeń z płatnikami.

W przypadku działalności podstawowej można przykładowo podać: koszty ogólne, wg rodzajów, personelu, leków i wyrobów medycznych, eksploatacyjne, usług własnych i obcych, zarządu itp., a także wskaźniki kosztowe (1 łóżka, 1 pacjenta, 1 hospitalizacji, 1 osobodnia itp.). Również przy rozliczeniach np. w systemie

JGP można porównać uzyskiwane przychody w relacji do ponoszonych kosztów na 1 „statystycznego pacjenta” na konkretnym oddziale szpitalnym czy w jednostce lub komórce organizacyjnej.

Wybór danych ekonomicznych i formy ich prezentacji powinny zostać ustalone wspólnie przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia itp.

KOMENTARZ

Dane dotyczące gospodarki finansowej i sposobu prowadzenia księgowości oraz rachunku przychodów i kosztów ogółem, wg rodzajów, jednostek i komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych, stanowią ich tajemnicę „handlową” – choć w kontekście stanu faktycznego pokrywania większości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z ustawą, ze środków publicznych – do powyższych propozycji należy pomimo to podchodzić dość ostrożnie, aby nie spotkać się z dużym oporem tzw. środowisk zainteresowanych.

Wydaje się jednak, że zaproponowane „zbiorcze” wskaźniki, m.in. kosztów ogólnych czy rodzajowych oraz przeliczonych wskaźnikowo na łóżka, liczbę pacjentów lub liczbę hospitalizacji itp.

Posiadanie takich danych statystycznych i wskaźników z pewnością przyczyniłoby się do stworzenia bardziej prawdziwego obrazu rzeczywistości polskich szpitali i jednocześnie umożliwiło porównania zbiorcze, np. wewnątrzwojewódzkie, czy jednostkowe pomiędzy szpitalami ogólnymi i specjalistycznymi.

VI. Informacje dodatkowe

W sprawozdaniach z działalności podmiotów leczniczych i/lub przedsiębiorstw podmiotów można również poza ww. propozycjami przedstawić inne informacje mające istotne znaczenie w działalności w danym roku sprawozdawczym, np. uzyskane uprawnienia do prowadzenia specjalizacji lekarskich, osiągnięcia w pracach naukowo-badawczych, uzyskane certyfikaty i uprawnienia, udział w badaniach klinicznych, uczestnictwo w kongresach i zjazdach naukowych itp.

KOMENTARZ

Rozdział niniejszego opracowania poświęcony informacjom dodatkowym można uznać za fakultatywny i przydatny głównie dla organów założycielskich, choć wydaje się, że ogólnopolskie agregowanie danych dotyczących m.in. certyfikatów jakości, uprawnień do prowadzenia specjalizacji lekarskich i pielęgniarskich, udziału w pracach naukowo-badawczych czy badaniach klinicznych może okazać się istotne dla organizatorów i decydentów ochrony zdrowia.



VII. Uwagi końcowe

Przedstawione propozycje danych i wskaźników dotyczących gromadzenia i przetwarzania informacji odnoszących się do podmiotów leczniczych i/lub przedsiębiorstw podmiotów zostały opracowane z wykorzystaniem tzw. MDS (*Minimum Data Set*), a także wg schematów różnych prezentacji danych statystycznych opracowywanych przy różnych konferencjach naukowych i problemowych przez pracowników oraz ekspertów WHO i EUROSTAT, przede wszystkim dla wewnętrznych i/lub zewnętrznych potrzeb. Zakres prezentowanych informacji może być oczywiście rozszerzony przez interesariuszy, np. poprzez wykorzystanie danych gromadzonych przez centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, dane ze sprawozdań konsultantów krajowych i wojewódzkich, dane z kontroli, w tym Najwyższej Izby Kontroli i Ministerstwa Zdrowia itp.

Odrębnym problemem jest ewentualne zamieszczenie w sprawozdaniach danych „jakościowych”, zawierających informacje dotyczące np. zakażeń wewnątrzszpitalnych, rehospitalizacji, zakażeń ran pooperacyjnych, zakażeń układu oddechowego i moczowego pacjentów OIT, dodatnich posiewów tzw. patogenów alarmowych itp.

Należy również zaznaczyć, że w zakresie danych i wskaźników statystycznych dotyczących działalności podmiotów leczniczych i/lub przedsiębiorstw podmiotów, dość istotne znaczenie ma dynamika zmian w układzie rok do roku, a także w 3–5-letnim okresie retrospektywnym. Pozwala to przy zachowaniu spójności i walidacji danych na zobrazowanie zmian i merytoryczną ich ocenę.

Dane i wskaźniki dotyczące działalności podmiotów leczniczych i/lub przedsiębiorstw podmiotów mogą być również wykorzystywane (w ściśle określonym zakresie) na potrzeby zewnętrzne w odniesieniu do *public relation* z wyłączeniem treści reklamowych.

Opracował Andrzej Koronkiewicz