

Analiza wdrożenia standardu rachunku kosztów w lecznictwie szpitalnym

PODSUMOWANIE PO 12 MIESIĄCACH OBOWIĄZYWANIA
ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 26 PAŹDZIERNIKA 2020 R.



Wstęp

Wdrożenie przez podmioty lecznicze zaleceń sformułowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców od początku budziło duże zainteresowanie wśród czynnych uczestników systemu ochrony zdrowia. Niepokoje wzbudzały rozwiązania zarządczo-finansowe, skala oraz tempo wdrożenia oraz brak pilotażowych wdrożeń.

Wprowadzenie ujednolicenia kont szczegółowych wydaje się, że można uznać jako spełnienie oczekiwania środowiska ekonomistów, czy zarządczego w podmiotach leczniczych. Natomiast rozwiązania typowe dla zakresu rachunkowości zarządczej są w części niezrozumiałe i pozbawione cech, które powinny parametryzować efektywność ekonomiczną, w tym techniczną, alokacyjną i produktywność.

Ważny projekt jakim jest wdrożenie Standardu Rachunku Kosztów jest na dzień dzisiejszy pozbawiony kierownika projektu. Podmiotu, który w sposób racjonalny zarządzałby działaniami, które składają się na cały projekt. Naturalnym moderatorem tych działań winna być Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Niestety działania jakie zostały podjęte przez ten podmiot związane były jedynie ze szkoleniami, których ilość można uznać za zadowalający, jednakże jakość wymagała ciągłej ewaluacji i poprawy. Wydaje się, za zasadnym stwierdzenie, że jeżeli po dwunastu miesiącach wdrożenia Standardu Rachunku Kosztów wśród osób zaangażowanych w ten proces w podmiotach leczniczych, pozostaje wiele pytań i wątpliwości, to należy stwierdzić, że proces szkoleń nie został zrealizowany w stopniu zadowalającym.

Cel badania

Środowisko ekonomistów zdrowia skupione wokół Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej od początku obserwowało, analizowało i monitowało zalecane w Rozporządzeniu rozwiązania oraz jakość współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W odpowiedzi na atmosferę niezrozumienia i braku koncyliacji rozpoczęte zostały prace nad stworzeniem eksperckiego rozwiązania wdrożenia zaleceń z przedmiotowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia. W celu prawidłowego przygotowania potrzeb szkoleniowych ze standardu

rachunku kosztów w pierwszej kolejności została opracowana mapa procesowa opisująca poszczególne działania i efekty. Przyjęto założenia opracowania:

- a. audytu stanu wdrożenia zaleceń opisanych w Standardzie Rachunku Kosztów
- b. planu przeprowadzenia szkoleń w oparciu o wnioski z przeprowadzonego audytu

Zgodnie z przyjętymi założeniami w styczniu 2022 roku został rozpoczęty audyt, który został przeprowadzony przy wykorzystaniu ankiety. Na podstawie zebranych odpowiedzi na zawarte w ankiecie pytania powstał opis rzeczywistego stanu realizacji Standardu Rachunku Kosztów. Przyjęta formuła ankiety miała – przede wszystkim - za zadanie ujawnić jakie są przyczyny niskiego poziomu implementacji zaleceń zmieniających w poszczególnych obszarach rachunkowości finansowej i rachunkowości zarządczej. Przyjęte założenie wydało się jak najbardziej istotne z punktu widzenia prawidłowej ewaluacji i wprowadzenia ewentualnych korekt w procesie aplikacji Standardu Rachunku Kosztów. Istotą prawidłowo postawionych pytań w przeprowadzonej ankiecie było znalezienie odpowiedzi jakie czynniki mają bezpośredni wpływ na skalę zmian w procesach ewidencjonowania zdarzeń ekonomicznych w podmiotach leczniczych, zalecanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 roku w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

Problem badawczy

Na potrzeby przeprowadzonego badania została sformułowana teza: „Brak oceny przedwdrozeniowej projektu ma dominujący wpływ na niepowodzenie w osiągnięciu celu jakim jest standaryzacja danych oraz miejsc ich powstawania”.

Określając problem badawczy w kierunku początku procesu legislacyjnego zaleceń z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców wydaje się za zasadne, iż obecnie zdiagnozowane dysfunkcje informacyjne pomiędzy świadczeniodawcami a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynikają z braku prawidłowej oceny możliwości technicznych do oczekiwanych celów i terminów.

Rodzaj oraz metoda badawcza

Badanie zostało przeprowadzone przy wykorzystaniu ankiety zawierającej metryczkę oraz pytania zamknięte. Ankieta została rozesłana drogą elektroniczną do wszystkich podmiotów leczniczych zrzeszonych w organizacjach: Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Pracodawcy Medycyny Prywatnej, Polska Federacja Szpitali, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych.

Pytania zostały podzielone na podstawowe trzy obszary badawcze: identyfikacyjny, opisujący środowisko informatyczne oraz stan i miejsce wdrożenia standardu rachunku kosztów.

Obszar identyfikacyjny określa cechy podmiotu leczniczego: miejsce położenia, organ właścicielski oraz liczbę łóżek. Obszar opisujący środowisko informatyczne określa poziom zaawansowania w wykorzystywaniu przez podmiot leczniczy systemów informacyjnych do ewidencji danych oraz do ich przetwarzania. Ostatni obszar konstatuje zaawansowanie prac oraz rodzaj nośnika ewidencji danych niezbędnych do zakończenia wdrożenia standardu rachunku kosztów.

Podsumowanie

W odpowiedzi na przesłaną ankietę odpowiedzi udzieliło 122 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

- a. Najwięcej odpowiedzi udzielili świadczeniodawcy z województw: mazowieckiego, wielkopolskiego, dolnośląskiego i małopolskiego, których organem założycielskim jest przede wszystkim starostwo powiatowe i których zasoby łóżkowe znajdują się w granicach od 101 do 500 łóżek.
- b. Udzielone odpowiedzi określiły poziom integracji tj. przepływ informacji pomiędzy systemem finansowo-księgowym, a pozostałymi:
 - w 74,6% przypadkach nie istnieje komunikacja ze szpitalnym systemem informacyjnym, gdzie są ewidencjonowane wszystkie zdarzenia medyczne,

- w 63,1% przypadkach nie istnieje komunikacja z systemami ewidencji czasu pracy (czynnik pracy odpowiedzialny jest średnio za ponad 75% wszystkich kosztów powstających w podmiocie leczniczym),
- w 89,3% przypadkach nie istnieje komunikacja ewidencji czasu świadczenia usług (umów kontraktowych, których udział w wynagrodzeniach ulega znaczącemu zwiększeniu),
- w 73,8% przypadkach nie istnieje komunikacja z systemami do ewidencji i kalkulacji procedur medycznych,
- w 35,2% przypadkach nie istnieje komunikacja z systemami magazynowymi.

c. W obszarze pytań związanych bezpośrednio ze stopniem zaawansowania prac zostały uzyskane niżej zaprezentowane informacje. Wartości zmiennej „Podstawowe miejsce ewidencji” zostały przedstawione w wymiarze największego udziału jaki przyjęły określone miejsca ewidencji danych.

Zagadnienie	Podstawowe miejsce ewidencji ¹	Skala wdrożenia				
		Prace nierozpoczęte	Raczej niska	W połowie ukończona	Zaawansowana	Ukończona
Wdrożenie nowych kont układu 4 (kont rodzajowych)	SI – 97,5%	1,6%	3,3%	5,7%	16,4%	73,0%
Wdrożenie listy OPK według nowych zasad	SI – 88,5%	2,5%	11,5%	7,4%	24,6%	54,1%
Przypisanie kodów funkcyjnych do OPK	SI – 85,2%	5,7%	11,5%	4,9%	22,1%	55,7%
Wdrożenie rozdzielnika kosztów wspólnych	SI – 72,1%	6,6%	18,0%	9,0%	21,3%	45,1%
Wdrożenie podziału kosztów działalności podstawowej i przenoszenie ich na rzecz OPK, dla których realizowały usługi	SI – 70,5%	11,5%	19,7%	13,9%	24,6%	30,3%
Wdrożenie podziału i przenoszenie kosztów rejestracji na SOR/IP	SI – 50,0%	38,5%	26,2%	7,4%	13,9%	13,9%
Wdrożenie podziału i przenoszenie kosztów konsultacji i procedur na SOR/IP	SI – 41,8%	48,4%	25,4%	8,2%	10,7%	7,4%
Ewidencja i przenoszenie kosztów konsultacji i procedur z SOR/IP na oddziały szpitalne	SI – 42,6%	45,1%	27,0%	10,7%	9,8%	7,4%

¹ SI / EXCEL / INNY / BRAK – miejsce w którym są przetwarzane dane: SI – system informacyjny, EXCEL – arkusz kalkulacyjny, INNY – przykładowo w wersji papierowej, BRAK – prace nierozpoczęte.

Wyodrębnienie w ramach bloku operacyjnego osobnych OPK według kryterium specjalności, wyposażenia, sal	SI - 53,3%	40,2%	24,6%	4,9%	11,5%	18,9%
Podziału i przenoszenie kosztów związanych z usługami komercyjnymi	SI - 67,2%	22,1%	24,6%	11,5%	14,8%	27,0%
Wycena procedur medycznych	EXCEL - 50,0%	19,7%	41,8%	15,6%	16,4%	6,6%
Wdrożenie i przenoszenie kosztów związanych z dydaktyką	BRAK - 63,3%	71,3%	8,2%	2,5%	4,9%	13,1%
Wdrożenie podziału i przenoszenie kosztów według wyceny procedur medycznych pomiędzy usługami komercyjnymi i finansowanymi z NFZ	SI - 44,3%	43,4%	19,7%	13,1%	10,7%	13,1%

Wnioski

Na podstawie wyników z przeprowadzonej ankiety należy przyjąć następujące wnioski:

1. Postawiona teza badawcza pn.: „Brak oceny przedwdrozeniowej projektu ma dominujący wpływ na niepowodzenie w osiągnięciu celu jakim jest standaryzacja danych oraz miejsc ich powstawania” została potwierdzona w trakcie weryfikacji.
2. Wprowadzenie zaleceń do Standardu Rachunku Kosztów nie zostało poprzedzone analizą przedwdrozeniową, przede wszystkim analizą środowiska informatycznego jakim dysponują świadczeniodawcy.
3. Brak podziału na etapy wdrożenia spowodował rozwarstwienie poziomów wdrożenia wśród świadczeniodawców tj. obszary w których wprowadzane są zmiany wynikające z przedmiotowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia realizowane są na różnych poziomach. Będzie to skutkowało brakiem reprezentatywności danych przekazywanych do AOTMiT.
4. We wdrożeniu zaleceń ze Standardu Rachunku Kosztów brak komunikacji opartej na zasadach zarządzania projektami. W wyniku czego oczekiwania rozmiągają się z możliwościami.
5. Grupy kosztów, które mają największy wpływ na prawidłową ocenę efektywności ekonomicznej podmiotu leczniczego: czas pracy i świadczenia usług (wynagrodzenia) oraz koszty zleceń wewnętrznych nie mają zapewnionego właściwego środowiska

informatycznego do prawidłowego przetwarzania danych. Co stanowi problem krytyczny z uwagi na braki w infrastrukturze u świadczeniodawców.

6. Obszary działalności: bloki operacyjne, anestezjologia, szpitalne oddziały ratunkowe/izby przyjęć (z uwagi na ciężar kosztowy dla każdego podmiotu leczniczego) oraz usługi komercyjne (z uwagi na wrażliwość przy wspólnej realizacji z usługami sprawozdawanymi do NFZ) wymagają przesunięcia terminu zakończenia prac.

Zalecenia

1. Powołanie zespołu projektowego przy udziale organizacji zrzeszających podmioty lecznicze objęte obowiązkiem wdrożenia zaleceń Standardu Rachunku Kosztów.
2. Ewaluacja obecnie prowadzonych prac wdrożeniowych, materiałów szkoleniowych oraz wyznaczonych celów.
3. Wyznaczenie celów pierwszoplanowych i kolejnych.
4. Opracowanie planu projektu, w szczególności: obszarów działania, harmonogramu, zasobów, liderów, komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.

Załączniki

1. Wzór ankiety
2. Wyniki ankiety