

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl



Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149



Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149



Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Justyna Kujawska

Politechnika Gdańska

e-mail: Justyna.Kujawska@zie.pg.gda.pl

RYZIKO W POZYSKIWANIU KONTRAKTÓW LECZNICZYCH

THE RISK OF OBTAINING MEDICAL CONTRACTS

DOI: 10.15611/pn.2015.410.07

JEL Classification: D81, G32, H51, I19

Streszczenie: Podmioty lecznicze, szczególnie szpitale, ponad 90% przychodów otrzymują z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Niska dywersyfikacja źródeł przychodów powoduje, że działalność medyczną należy uznać za obciążoną wysokim ryzykiem operacyjnym. Zmiany wysokości kontraktów wynikają z przebiegu negocjacji z płatnikiem. Celem tego opracowania jest pokazanie zmian w wysokości otrzymanych kontraktów na usługi zdrowotne z zakresu kardiologii w województwie pomorskim. Badaniem objęto podmioty lecznicze wykonujące usługę kardiologia – hospitalizacja w latach 2010-2013. Badano dynamikę zmian wysokości otrzymywanych przez podmioty lecznicze kontraktów. Usługi kardiologiczne należą do usług, które są godziwie wycenione. W działalności kardiologicznej z publicznymi szpitalami konkuruje wiele podmiotów prywatnych. Problemem w Polsce jest nierównomierna dostępność tych usług.

Słowa kluczowe: ryzyko działalności medycznej, kontrakty NFZ, usługi kardiologiczne.

Summary: Healthcare entities, particularly hospitals, receive more than 90% of revenue from the contract with the National Health Fund (NFZ). Low diversification of revenue sources causes that medical activities are connected with high operational risk. Changes in the contracts result from the negotiations with the payer. The aim of this study is to show the changes in the amount of received contracts for health services in the field of cardiology in Pomerania. The study concerns medical entities performing cardiology service – hospitalization in the years 2010-2013. The dynamics of the amount received by the medical entities is analyzed.

Keywords: the risk of medical activities, NHF (NFZ) contracts, cardiology services.

1. Wstęp

Każdej działalności człowieka towarzyszy ryzyko lub niepewność. Podejmowane działania zależne są od skłonności do ryzyka i jego akceptacji. Pojęcie ryzyka jest wieloznaczne i wieloaspektowe, stąd niemożliwe jest precyzyjne jego zdefi-



niowanie. Definiowanie ryzyka należy rozpocząć od określenia granic pojęciowych pomiędzy niepewnością a ryzykiem oraz ewolucji tych pojęć w XX i XXI wieku. Właściwa interpretacja i rozróżnienie pojęć ma swoje odzwierciedlenie w mnogości definicji pojawiających się w literaturze przedmiotu. Różnicę między niepewnością a ryzykiem uchwycił po raz pierwszy A.H. Willet. Niepewność określił jako subiektywną, natomiast ryzyko jest obiektywnie, zależne od subiektywnej niepewności. Według niego ryzyko zmienia się wraz z niepewnością [Willet 1951]. Jako kolejnego twórcę definicji ryzyka wymienia się F.H. Knighta, który niepewność określił jako niemierzalną. Nie można więc dla określenia wyniku danego działania użyć żadnego z rodzajów prawdopodobieństwa. Natomiast ryzyko to dająca się wymierzyć niepewność. Jest ono szczególnym przypadkiem niepewności dającej się ująć liczbowo. Wynik danego działania można obiektywnie przewidzieć za pomocą jednego z trzech rodzajów prawdopodobieństwa: matematycznego, statystycznego lub szacunkowego [Knight 1933]. Jeszcze inną definicję zaprezentował Shackle. Według niego niepewność związana jest z eksperymentem, w którym nie można wydzielić działań podobnych do siebie. Ryzyko natomiast to prawdopodobieństwo wyznaczone w eksperymencie podzielonym, którego wynik jest ustalany przez dodanie do siebie rezultatów samodzielnych prób, przeprowadzanych w dostatecznie jednakowych okolicznościach i dostatecznej ilości. Można wówczas zastosować rozkład prawdopodobieństwa ustalany na podstawie serii dokonywanych prób [Shackle 1961]. Podobnie Pfeffer określił ryzyko jako kombinację hazardu. Można je zmierzyć za pomocą prawdopodobieństwa. Ryzyko jest związane ze stanem realnym, a niepewność ze stopniem wiary i stanem umysłu [Pfeffer 1956]. Wśród polskich naukowców wymienić należy W. Sameckiego, który określił, że istotą ryzyka jest prawdopodobieństwo, które zakłada wiedzę, a ta z kolei wyklucza niepewność [Samecki 1967]. Inne autorki określiły ryzyko jako zagrożenie nieosiągnięcia zamierzonych celów [Gruszka, Zawadzka 1992]. Według M. Sierpińskiej ryzyko to niebezpieczeństwo poniesienia straty. Szerzej ujmując, ryzyko to niebezpieczeństwo niezrealizowania celu założonego przy podejmowaniu określonej decyzji [Sierpińska, Jachna 1994]. Przez wiele wieków ryzyko definiowano jako niebezpieczeństwo zagrażające statkom, żeglarzom i handlowcom. Wyrażało się ono w pieniądzu, zwłaszcza gdy chodziło o straty. Obejmowało niepewność, pozytywną lub negatywną, w odniesieniu do wyniku podejmowanych działań. Wielodyscyplinarne ryzyko obejmuje wiele różnych dziedzin i dyscyplin. Obecnie wyróżnia się następujące obszary ryzyka: ubezpieczenia, ekonomia, prawo, polityka, technika i nowe technologie, ekologia, farmacja, medycyna, psychologia, socjologia, filozofia, kultura, organizacja i teoria podejmowania decyzji [Kaczmarek 2010].

Celem opracowania jest przedstawienie ryzyka związanego z wysokością otrzymanych kontraktów na usługi zdrowotne z zakresu kardiologii oraz ich wpływu na sytuację finansową wybranych ZOZ. Próba badawcza obejmuje podmioty prowadzące działalność leczniczą w województwie pomorskim i finansowane przez NFZ w latach 2010-2013. Podmioty te wykonują usługę kardiologia – hospitalizacja.



W pracy wykorzystano informacje zawarte na stronie internetowej NFZ dotyczące umów zawartych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Analizowano dynamikę zmian wysokości otrzymanych przez te podmioty lecznicze kontraktów w badanych latach.

2. Zarządzanie ryzykiem w działalności medycznej

Istnieją takie dziedziny życia, które są bardziej narażone na ryzyko, gdzie konieczne jest zarządzanie nim. Ze względu na kryterium efektu ryzyko całkowite działalności gospodarczej dzieli się na: ryzyko systematyczne i ryzyko specyficzne [Kulp 1928]. Ryzyko systematyczne (określane jako podstawowe) odnosi się do ogółu społeczeństwa lub grup ludzi, przez co nie może być kontrolowane. Związane jest z czynnikami zewnętrznymi: siłami przyrody, warunkami ekonomicznymi danego rynku i rynku globalnego. Przykładem ryzyka systematycznego są zmiany: pogody, inflacji, bezrobocia. Na jego poziom może próbować wpłynąć parlament, rząd lub bank centralny danego kraju. Ryzyko specyficzne (wewnętrzne) jest związane z przyszłymi zdarzeniami, które możemy częściowo kontrolować bądź przewidywać. Jego przyczyny mogą być następujące: zarządzanie przedsiębiorstwem, konkurencja, płynność, poziom dźwigni finansowej i operacyjnej, rentowność, bankructwo.

W procesie zarządzaniu ryzykiem wyróżnia się następujące, cyklicznie powtarzające się działania:

- identyfikacja ryzyka (mająca na celu rozpoznanie wszystkich istotnych obszarów funkcjonowania jednostki i związanych z nim rodzajów ryzyka),
- analiza ryzyka (wynika z potrzeby zrozumienia istoty zidentyfikowanego ryzyka, ma m.in. określić przyczyny i skutki zidentyfikowanego ryzyka, ich wzajemne powiązania oraz wpływ na cele i zadania jednostki),
- hierarchizacja ryzyka (uporządkowanie rodzajów ryzyka według ich istotności),
- wybór metody postępowania z ryzykiem (manipulowanie ryzykiem, tj. wybór sposobu postępowania z ryzykiem w celu jego eliminacji lub zmniejszenia przez ograniczenie skutków występujących w związku z jego realizacją lub zmniejszenie prawdopodobieństwa jego wystąpienia),
- kontrola ryzyka (polegająca na wykonywaniu okresowych przeglądów w celu określenia, czy ryzyko uległo zmianie lub czy podjęte działania przyniosły oczekiwane efekty).

Systematyka ryzyka wyróżnia następujące jego podziały:

- ryzyko finansowe (funkcjonowanie rynków finansowych, koszt i dostęp do kapitału),
- ryzyko operacyjne (rozmiary szkód osób, budynków, systemów kontroli, przetwarzania danych, zakłócenia w dostępie do kwalifikowanych pracowników),
- ryzyko prawne (zmiany regulacji prawnych, roszczenia innych podmiotów),
- ryzyko strategiczne (dywersyfikacja odbiorców, płatników, złożoność technologii, struktura rynku odbiorców (monopson, monopol)) [Opolski, Waśniewski 2011].



Współcześnie zarządzanie ryzykiem jest rozumiane nieco inaczej: są to działania specyficzne ukierunkowane na uniknięcie lub minimalizację skutków określonych typów zdarzeń. Zarządzanie ryzykiem ma znaczenie w takich organizacjach, gdzie pewne szczególne typy zagrożeń mogą wywołać bardzo duże straty [Opolski, Waśniewski 2011]. Zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia można określić jako zorganizowane wysiłki zmierzające do identyfikacji, oceny i ograniczenia, w stosownych przypadkach, ryzyka pacjentów, pracowników, gości i aktywów organizacji [Kavaler, Alexander 2014]. Organizacja stara się przerzucić na swoje otoczenie jak największą część negatywnych skutków swojej działalności. Otoczenie broni się przez stanowienie norm postępowania: przepisów prawnych i metod ich egzekwowania. Kluczowa w tym procesie staje się identyfikacja ryzyka charakterystycznego dla zakładów opieki zdrowotnej oraz wybór koncepcji zarządzania nim, która uwzględni wszystkie czynniki warunkujące ciągłość prowadzonej działalności, wypłacalność i wywiązanie się ze zobowiązań [Cagliano i in. 2011; Sara i in. 2013].

W literaturze przedmiotu bardzo szeroko opisane są kwestie związane z ryzykiem klinicznym, dotyczące błędów w sztuce medycznej. Według badań przeprowadzonych w USA, Australii, Nowej Zelandii i Europie 50% niekorzystnych zdarzeń zachodzących w systemach opieki zdrowotnej można zapobiec [Davis i in. 2001; Leape i in. 1991, Vincent 2001; Wilson i in. 1995]. Istnieje silna potrzeba zrozumienia, jak dochodzi do błędów medycznych. Składa się na to łańcuch zdarzeń i zaniedbań organizacyjnych, kompetencyjnych, personalnych i technicznych [Harms-Ringdahl 2009]. Błędy w sztuce lekarskiej pojawiają się wskutek nieprawidłowego przewidywania – diagnozy, błędu ludzkiego, błędów na etapie wykonywanych badań [Baysari i in. 2009; Cosby 2003; Shorrock 2002; Wieman, Wieman 2004]. Oprócz błędów w sztuce lekarskiej zdarzają się także zakażenia szpitalne. Jedne i drugie oddziałują na reputację jednostki, powodują procesy sądowe, przyczyniają się do uszczuplenia środków finansowych. Podmioty lecznicze ograniczają ryzyko kliniczne przez zawieranie polis ubezpieczeniowych firmowych oraz indywidualnych ubezpieczeń OC personelu medycznego.

Drugim ważnym ryzykiem, które może mieć ogromny wpływ na funkcjonowanie jednostki, jest ryzyko operacyjne. Przejawia się ono między innymi w ryzyku utraty kluczowego personelu, ryzyku niewydolności systemów informatycznych – zarówno po stronie personelu medycznego, personelu niemedycznego (służb statystycznych, księgowych, analityków), jak i po stronie osób zabezpieczających system – informatyków, a także ryzyku utraty kontraktu z płatnikiem.

Utrata kluczowego personelu medycznego jest dużym zagrożeniem w warunkach polskich. Znaczna liczba lekarzy pracujących w szpitalach wykonuje pracę na podstawie kontraktów cywilnoprawnych. Jest to bardzo wygodny sposób zatrudniania, gdyż omija rygorystyczne przepisy dotyczące czasu pracy obowiązujące pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, umożliwia realizację świadczeń medycznych w przypadku otrzymania kontraktu oraz natychmiastowe ich zaprzestanie w przypadku jego utraty. Lekarze kontraktowi nie mają praktycznie zakazu pracy u konkurencji.



Systemy informatyczne wykorzystywane w ochronie zdrowia nie należą do niezawodnych. Są to systemy powszechne, których działania nie można przetestować w pełnym zakresie przed oddaniem do użytku, np. system informacji o osobach ubezpieczonych e-WUŚ. Opóźnia się termin wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Początkowo był to rok 2014 r. Obecnie pełne jego wdrożenie jest planowane na połowę roku 2017. Kolejnym problemem podmiotów leczniczych są posiadane przez nich systemy finansowo-księgowo. Niedofinansowane ZOZ-y nie inwestowały w nowoczesną infrastrukturę informatyczną. Stąd też wiele podmiotów nie ma sprawnego systemu informatycznego wspomagającego podejmowanie decyzji zarządczych. Powszechna informatyzacja stawia też bardzo duże wymagania dotyczące ochrony posiadanych informacji (np. o pacjentach) zarówno po stronie podmiotów leczniczych, jak i po stronie organów centralnych [Węgrzyn 2013].

Największe ryzyko po stronie podmiotów leczniczych dotyczy pozyskiwanych kontraktów. Bardzo wiele ZOZ-ów ma kontrakty tylko z jednym płatnikiem – NFZ lub też posiadane kontrakty z płatnikiem publicznym stanowią 90% przychodów. Przychodnie mają możliwość dywersyfikacji przychodów poprzez zawieranie umów z pracodawcami na realizację badań okresowych, finansowane przez firmy abonamenty lecznicze dla pracowników czy też wynajmowanie pomieszczeń innym podmiotom leczniczym. W dużo trudniejszej sytuacji są szpitale. Dla wielu szpitali publicznych jedynym źródłem przychodów pozostaje NFZ, chociaż odsetek ten maleje wraz ze wzrostem referencyjności szpitala (szpitale powiatowe – 95%, szpitale marszałkowskie – 94%, szpitale kliniczne – 90%) [raport *Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania* 2013]. Wiele podmiotów ma podpisane umowy np. na wykonywanie badań laboratoryjnych, rentgenowskich itp. czy też bycie podwykonawcą pewnych usług dla innego podmiotu, ale są to najczęściej niewielkie kwoty w przychodach ogółem. Szpitale kliniczne przygotowane do prowadzenia badań naukowych czerpią dodatkowe środki z badań klinicznych czy też realizacji usług wysokospecjalistycznych finansowanych bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia.

Nieotrzymanie kontraktu lub jego zmniejszenie dla podmiotów leczniczych nosi znamiona katastrofy i ma wpływ na posiadane przez jednostki zasoby finansowe. Utrata kontraktu może się wiązać z niespełnianiem wymogów w zakresie świadczenia usług (braki kadrowe lub sprzętowe), z niekorzystnymi wynikami przeprowadzonej kontroli lub z pojawieniem się konkurencji i przejęciem kontraktów przez inne podmioty.

3. Ryzyko w kontraktowaniu usług kardiologicznych

Świadczenie usług zdrowotnych z zakresu kardiologii należy do opłacalnych działalności medycznych, na co wskazuje duża liczba podmiotów prywatnych wykonujących usługi w tym zakresie. Usługi te są godziwie wycenione. Badaniem objęto podmioty lecznicze w województwie pomorskim świadczące usługi z zakresu lecze-



nia szpitalnego, wykonujące usługę kardiologia – hospitalizacja i inne usługi kardiologiczne. Liczba podmiotów wykonujących te usługi w latach 2010-2013 wahała się od 16 podmiotów w 2010 r. (13 publicznych, 3 niepubliczne), do 13 w roku 2013 (9 publicznych, 4 niepubliczne). Zainteresowanie podmiotami świadczącymi usługi kardiologiczne wynikało z artykułów prasowych, które informowały, że kilka szpitali w województwie pomorskim nie otrzymało w 2011 roku kontraktu na świadczenie wyżej wymienionych usług. W tabeli 1 przedstawiono zawarte przez NFZ kontrakty na usługi kardiologiczne w województwie pomorskim w latach 2010-2013.

Tabela 1. Wysokość i dynamika zmian wielkości kontraktów na usługi kardiologiczne w województwie pomorskim w latach 2010-2013

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013
Wysokość kontraktu na usługi kardiologiczne w zł	157 543 700	172 179 462	175 529 440	179 726 042
Dynamika zmian w % rok poprzedni =100	–	109,29%	101,95%	102,39%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji NFZ.

Z informacji zawartych w tab. 1 wynika, że środki finansowe przeznaczone na usługi kardiologiczne były rosnące. W 2011 roku w porównaniu z rokiem 2010 wzrosły o 14,6 mln, czyli o 9%, w roku następnym o 3,3 mln, czyli niecałe 2%, a w ostatnim roku badania o 4,2 mln, czyli w tym wypadku o 2,4%. Zmieniała się też nieznacznie jednostkowa stawka od 51 zł/pkt, przez 51,51 zł/pkt do 52 zł/pkt.

Tabela 2. Podmioty lecznicze, które zyskały największą wartość kontraktów na usługi kardiologiczne w latach 2010-2013

Podmioty lecznicze	Dodatnia różnica w wysokości kontraktu w latach			Stopa wzrostu kontraktu w %		
	2011-2010	2012-2011	2013-2012	2011	2012	2013
NZOZ PCK	23 437 327	–	–	653,53	–	–
NZOZ SV	–	2 266 703	–	–	10,53	–
Szpital 5	5 646 913	–	2 506 452	11,33	–	4,04
Szpital 6	–	–	1 652 717	2,44	–	2,66
Szpital 7	2 251 167	–	–	2,76	–	–
Szpital 12	–	1 458 340	–	–	1,36	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji NFZ.

W 2009 r. powstał podmiot prywatny NZOZ PCK. W 2010 r. otrzymał z NFZ kontrakt na świadczenie usług z zakresu kardiologii w wysokości 3,5 mln zł, ale już rok później kontrakt opiewał na kwotę 27 mln zł. W 2011 roku nastąpił wysoki wzrost wydatków na usługi kardiologiczne, niepokrywający niestety wzrostu kon-



traktu dla nowego podmiotu. W tabeli 2 przedstawiono największych beneficjentów w zakresie usług kardiologicznych w badanym okresie.

Największym beneficjentem jest nowo powstały podmiot NZOZ PCK, ale zyskały także inne jednostki. Szpital nr 5 zwiększył w 2011 r. kontrakt na usługi kardiologiczne o 11% wysokości kontraktu na leczenie szpitalne ogółem, co stanowiło 133% kontraktu na usługi kardiologiczne, w 2013 roku o 4% wartości kontraktu na usługi szpitalne, co stanowiło 28% kontraktu na usługi kardiologiczne. W 2012 roku najbardziej zyskał podmiot niepubliczny NZOZ SV, którego kontrakt wzrósł o 10,5% wartości kontraktu na leczenie szpitalne ogółem, czyli o 72% wartości kontraktu kardiologicznego.

Otrzymanie kontraktu przez NZOZ PCK odbyło się kosztem utraty kontraktów przez inne jednostki. W tabeli 3 przedstawiono podmioty lecznicze, które w badanym okresie poniosły największe straty w zakresie kontraktów NFZ na usługi kardiologiczne.

Tabela 3. Podmioty lecznicze, które straciły największą wartość kontraktów na usługi kardiologiczne w latach 2010-2013

Podmioty lecznicze	Ujemna różnica w wysokości kontraktu w latach			Stopa spadku kontraktu w %		
	2011-2010	2012-2011	2013-2012	2011	2012	2013
Szpital 1	-1 257 813	-	-	-4,33	-	-
NZOZ PCK	-	-	-2 164 492	-	-	-8,98
NZOZ SV	-1 144 107	-	-	-4,73	-	-
Szpital 4	-3 115 367	-	-	-2,59	-	-
Szpital 5	-	-1 034 178	-	-	-1,83	-
Szpital 6	-1 454 601	-	-	-2,44	-	-
Szpital 9	-2 503 060	-	-	-3,40	-	-
Szpital 10	-1 863 744	-	-	-0,71	-	-
Szpital 11	-3 031 632	-	-1 216 856	-2,77	-	-1,10
Szpital 13	-1 036 449	-	-	-2,05	-	-
Szpital 14	-2 408 445	-	-	-34,60	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji NFZ.

Podmiotem, który utracił 9% kontraktu w 2013 roku, był największy jego beneficjent z 2011 roku. Utrata kontraktu jest wysoka procentowo, ponieważ usługi kardiologiczne są jedynymi usługami wykonywanymi przez podmiot NZOZ PCK. Procentowo bardzo dużo – 35%, stracił szpital 14. W 2012 roku podmiot ten został przejęty przez szpital 11¹, gdyż utrata kontraktu była tak duża, że uniemożliwiła

¹ Zgodnie z art. 6 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie mógł funkcjonować jako SPZOZ (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).



dalsze funkcjonowanie. Bardzo dużo straciły także NZOZ SV, późniejszy beneficjent z 2013 r., szpital 1, szpital 9, szpital 11. Szpitale 1, 4 i 14 utraciły trwale kontrakty na usługi kardiologiczne. W kolejnych latach nie powstawały nowe podmioty, natomiast istniejące ulegały przekształceniom w podmioty niepubliczne ze względu na osiągnięte straty finansowe. Pojawienie się nowego znacznego gracza w 2011 roku spowodowało znaczne przesunięcia w wysokości kontraktów, które w kolejnych latach nie miały już miejsca.

4. Zakończenie

Przedstawiony przypadek zmian w wysokości kontraktów na usługi kardiologiczne dowodzi konieczności dywersyfikacji źródeł przychodów, szczególnie w szpitalach. Pojawienie się nowego podmiotu i uzyskanie przez niego drugiego co do wielkości kontraktu na usługi kardiologiczne w województwie pomorskim w 2011 r. odbyło się kosztem utraty kontraktów przez 9 podmiotów, w tym trzy utraciły je na trwale. Jeden z tych podmiotów przestał istnieć, gdyż w roku następnym utracił kontrakt na usługi wewnętrzne i jego dalszy samodzielny byt był już ekonomicznie niemożliwy. Ze względu na osiągnięte straty w 2014 roku przekształcono 4 szpitale i połączono 2.

Największy beneficjent w kolejnych latach otrzymał nieznacznie niższe przychody z NFZ, co nie wpłynęło na jego wysokie dodatnie wyniki finansowe. W efekcie jeszcze 5 innych szpitali znacznie powiększyło przychody otrzymywane na świadczenie usług kardiologicznych. Dowodzi to tylko faktu, że ryzyko zmiany przychodów podmiotów świadczących usługi zdrowotne jest wysokie.

Literatura

- Baysari M.T., Caponecchia C., McIntosh A.S., Wilson J.R., 2009, *Classification of errors contributing to rail incidents and accidents: a comparison of two human error identification techniques*, Safety Science, vol. 47, s. 948-957.
- Cagliano A.C., Grimaldi S., Rafele C., 2011, *A systemic methodology for risk management in healthcare sector*, Safety Science, vol. 49, s. 695-708.
- Cosby K.S., 2003, *A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department*, Annals of Emergency Medicine, vol. 42, issue 6, s. 815-823.
- Davis P., Lay-Yee R., Shug S., Briant R., Scott A., Johnson S., Bingley W., 2001, *Adverse events regional feasibility study: indicative findings*, The New Zealand Medical Journal, vol. 114 (1131), s. 203-205.
- Gruszka B., Zawadzka Z., 1992, *Ryzyko w działalności bankowej. Zabezpieczenie systemowe*, Warszawa.
- Harms-Ringdahl, L., 2009, *Analysis of safety functions and barriers in accidents*, Safety Science, vol. 47, issue 3, s. 353-363.
- Kaczmarek T.T., 2010, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, Difin Warszawa.
- Kavaler F., Alexander R.S., 2014, *Risk Management in Healthcare Institutions. Limiting Liability and Enhancing Care*, Jones & Bartlett Learning.
- Knight F.H., 1933, *Risk, Uncertainty and Profit*, London.



- Kulp C.A., 1928, *Causality Insurance*, Ronald Press, New York.
- Leape L.L., Brennan T.A., Laird N., Lawthers A.G., Localio A.R., Barnes B.A., Hebert L., Newhouse J.P., Weiler P.C., Hiatt H., 1991, *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II*, *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, issue 6, s. 377-384.
- Opolski K., Waśniewski K., 2011, *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa.
- Pfeffer I., 1956, *Insurance and Economic Theory*, Homewood.
- Samecki W., 1967, *Ryzyko i niepewność w działalności przedsiębiorstwa przemysłowego*, Warszawa.
- Sara J., Singer S.J., Timothy J., Vogus T.J., 2013, *Reducing hospital errors: interventions that build safety culture*, *The Annual Review of Public Health*, vol. 34, s. 373-396.
- Shackle G.L.S., 1961, *Decision Order and Time*, Cambridge.
- Shorrock S.T., 2002, *Error classification for safety management: finding the right approach*, [in:] *Proceedings of a Workshop on the Investigation and Reporting of Incidents and Accidents*, 17-20 July 2002. The Senate Room, University of Glasgow.
- Sierpińska M., Jachna T., 1994, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWN, Warszawa.
- Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania*, 2013, www.pwc.pl, dostęp 20.12.2014 r.
- Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU 2011, nr 112 poz. 654 z późn. zmianami).
- Vincent C., 2001, *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*, BMJ Books, London, UK.
- Węgrzyn M., 2013, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Wieman T.J., Wieman E.A., 2004, *A systems approach to error prevention in medicine*, *Journal of Surgical Oncology*, vol. 88, s. 115-121.
- Willet A.H., 1951, *The Economic Theory of Risk and Insurance*, University of Pensylwania Press, Philadelphia (pierwsze wydanie w 1901 r.).
- Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T., Newby L., Hamilton J.D., 1995, *The quality in Australian health care study*, *The Medical Journal of Australia* vol. 163, issue 9, s. 458-471.

