

Ryszard Orliński

Akademia Medyczna w Poznaniu

KOSZTY JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

1. Wstęp

Rynek usług medycznych w Polsce powoli zmienia swoje oblicze. Stało się to za sprawą urynkowania opieki zdrowotnej. Proces przeobrażeń zasad finansowania realizowany jest w dosyć trudnych warunkach, wiąże się bowiem ściśle z polityką państwa.

Aby funkcjonować na rynku usług medycznych, trzeba zapewnić określoną jakość usług akceptowaną przez rynek. Jakość to pewna właściwość, rodzaj, gatunek, wartość danego przedmiotu (zjawiska), a dokładniej to cecha lub zespół cech odróżniających dany przedmiot od innych [Łańcucki (red.) 2003, s. 11; *Słownik...* 1998, s. 769; Hamrol, Mantura 1998, s. 24]. W odniesieniu do wyrobu gotowego możemy mówić o właściwościach chemicznych, fizycznych oraz wartości użytkowej, natomiast w odniesieniu do usług, a w szczególności usług niematerialnych, jakość mierzona może być satysfakcją usługobiorcy i usługodawcy (w niektórych publikacjach spotyka się definicje jakości jako spełnienie wymagań klientów [Łańcucki (red.) 2003, s. 11]).

Usługi medyczne mają charakter niematerialny i służą zaspokajaniu potrzeb ludzkich. Trzeba je traktować jako zespół czynności wykonywanych przez usługodawcę, czyli np. badanie lekarskie, porada lekarska, badanie USG, przepisywanie recepty, wydanie leku w aptece, usługa stomatologiczna, konsultacja lekarza specjalisty, wykonanie operacji (np. zabiegu chirurgicznego) itd. [Staszewski, Głowacka 2003, s. 78].

Usługi medyczne oferowane są na rynku usług medycznych, który różni się od idealnego rynku usług następującymi elementami:

- „wejście konsumenta na rynek nie odbywa się z wyraźnie sprecyzowanymi potrzebami i z reguły są one artykułowane bardzo ogólnie,

- jako konieczność uzyskania pomocy medycznej bez wskazania konkretnej usługi czy procedury medycznej,

- dostawcy (lekarze, podmioty świadczące usługi) nie są tak bardzo nastawieni na maksymalizację zysku jak w innych sektorach, przy danym poziomie dochodów maksymalizują obciążenie pracą,

- dostawcy mają pewien wpływ na kreowanie poziomu i struktury popytu zgodnie z własnymi preferencjami, popyt nie jest więc niezależny od dostawców” [Wąsiewicz 2000, s. 58].

Wskazane elementy określają, jak bardzo rynek usług medycznych różni się od rynku innych usług materialnych czy też niematerialnych. Najważniejszym elementem rynku usług medycznych, nie wymienionym wyżej, jest człowiek i jego zdrowie jako wartość najwyższa i niewycenialna z punktu widzenia ekonomicznego. Świadcząc usługi medyczne, trzeba więc dążyć do wysokiej jakości usług skierowanych na ratowanie zdrowia i życia pacjentów [Głowacka 2002, s. 185-187] (konsumentów – odbiorców usług medycznych).

Pojęcie jakości usług medycznych definiuje się na bardzo wiele sposobów. Definicje jakości różnią się w zależności od tego, kto, z jakiej perspektywy i z jakim podejściem formułuje znaczenie tego terminu. „Na jakość opieki zdrowotnej można spojrzeć trójwymiarowo – z punktu widzenia pacjenta, pracownika służby zdrowia, a także płatnika czy organizatora opieki zdrowotnej:

- dla pacjenta: jakość usług medycznych zależy od kwalifikacji personelu medycznego i warunków, w jakich usługi medyczne są świadczone, a także od przebiegu stosowanych procedur medycznych oraz atmosfery, w jakiej te procedury przebiegają, i w końcu od stopnia poprawy stanu zdrowia lub powrotu do zdrowia,

- dla pracowników służby zdrowia: jakość usługi medycznej wiąże się przede wszystkim ze zgodnością tej usługi z aktualną, profesjonalną wiedzą medyczną i osiaganiem spodziewanych rezultatów: poprawy stanu zdrowia pacjenta, jego zadowolenia i satysfakcji pracowników,

- dla organizatora opieki zdrowotnej (płatnika): jakość usługi medycznej wiąże się z dystrybucją świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi populacji oraz działaniami skutecznymi i efektywnymi” [Brzezińska 1999, s. 8].

Niezależnie jednak od przyjmowanych definicji jakości usług nie można pominąć problemów satysfakcji pacjentów. Niektórzy autorzy traktują satysfakcję pacjenta jako pewne odzwierciedlenie profesjonalnie opisywanej jakości w opiniach i przekonaniach osób korzystających z usług medycznych. Inni uważają, że satysfakcja to jeden z wyników usługi, a więc element jakości. Satysfakcja jest skutkiem korzystania z opieki, swego rodzaju reakcją pacjenta na proces usługi zdrowotnej, także strukturę, jest więc jednym z wyników opieki. Poziom satysfakcji pacjenta jest jednocześnie warunkiem osiagania jakości wyniku opieki opisywanego miernikami profesjonalnymi, medycznymi, klinicznymi. Udowodniono, że poziom satysfakcji pacjenta silnie wpływa na takie zachowania pacjenta, jak dalsze korzystanie z opieki medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich, wykupienie i wła-

ściwe przyjmowanie leków, stosowanie diety, zabiegów, zmiany w stylu życia. Te zachowania z kolei bezpośrednio wpływają na klinicznie mierzony wynik usługi medycznej. Satysfakcja pacjenta wpływa na wybór lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej, kształtuje tym samym sytuację rynkową usług. Wpływa na to, czy procesy opieki zostaną zainicjowane, a czynniki strukturalne właściwie wykorzystane.

Jeżeli na jakość składają się czynniki strukturalne, procesy i wyniki profilaktyki, diagnostyki, leczenia lub rehabilitacji, to satysfakcja odbiorcy tych usług jest stanem emocjonalnym pacjenta będącym następstwem korzystania z usługi; pozytywnym lub negatywnym, niejako „zabarwiającym” całość opieki z punktu widzenia pacjenta. Stan ten w bezpośredni lub pośredni sposób jest powiązany ze wszystkimi elementami jakości usługi.

2. Koszty usług medycznych

Liczenie kosztów nie jest sprawą nową w opiece zdrowotnej. Na mocy zarządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej [Zarządzenie... 1992] od 1993 r. w publicznych zakładach opieki zdrowotnej sporządza się rachunek kosztów i prowadzi się ewidencję szczegółową kosztów. Zarządzenie określało, że dla ośrodków kosztów zestawiało się i rozliczało wszystkie koszty związane z wyświadczonymi usługami medycznymi. Czynności finansowo-księgowo związane z ewidencją kosztów nie doprowadziły jednak do poznania wielkości kosztów usług medycznych, a raczej do poznania wydatków często nawet niegospodarnych. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie MZiOS wprowadza pewien racjonalizm w grupowaniu i ewidencjonowaniu kosztów¹. Podstawą kalkulacji kosztów są zawsze koszty rodzajowe. Cytowane rozporządzenie dzieli koszty na:

- 1) zużycie materiałów, w tym zużycie:
 - a) leków,
 - b) żywności,
 - c) sprzętu jednorazowego użytku,
 - d) odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych,
 - e) paliwa;
- 2) zużycie energii, w tym:
 - a) energii elektrycznej,
 - b) energii cieplnej;
- 3) usługi obce, w tym:
 - a) remontowe,
 - b) transportowe,

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 164, poz. 1194), o kosztach świadczeń medycznych w różnych przekrojach kwalifikacyjnych szerzej w: [Henzel, Kehres 2001, rozdz. II i III].

- c) medyczne obce,
- d) pozostałe usługi;
- 4) podatki i opłaty;
- 5) wynagrodzenia, w tym:
 - a) wynagrodzenia ze stosunku pracy,
 - b) wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło;
- 6) świadczenia na rzecz pracowników, w tym:
 - a) składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, fundusz pracy,
 - b) odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych;
- 7) amortyzację;
- 8) pozostałe koszty, w tym:
 - a) podróże służbowe,
 - b) ubezpieczenia OC i majątkowe.

Interpretację kosztów usług medycznych należy poprzedzić sprecyzowaniem pojęcia usługi w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej. W ujęciu encyklopedycznym usługa to „rodzaj świadczenia, wykonanego przez jeden podmiot na rzecz innego podmiotu, które nie ma postaci materialnej” [*Mała encyklopedia...*1971, s. 875]. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej znajdujemy więc pojęcie „świadczenia zdrowotnego”², które należy identyfikować jako szeroko rozumianą usługę medyczną, na którą składają się procedury medyczne³, leki i materiały medyczne oraz opieka hotelowa rozumiana przez rozporządzenia MZiOS jako osobodzień opieki [Rozporządzenie... 1998].

Koszt osobodnia opieki w ośrodku kosztów działalności podstawowej będącym oddziałem szpitalnym wylicza się przez podzielenie sumy kosztów bezpośrednich i pośrednich ośrodka kosztów, z wyłączeniem kosztu leków i procedur medycznych

² Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze [Ustawa... 1998, art. 3].

³ Procedura medyczna to taki element procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, który da się wyodrębnić jako możliwa do zaakceptowania przez profesjonalistów medycznych część kontaktów pacjenta z zakładem ochrony zdrowia, a jednocześnie może być traktowana jako uśredniony nośnik kosztów [Sitko 1998, s. 8-9]; ujęcie medyczne to „definiowana jako diagnostyczna, terapeutyczna i rehabilitacyjna czynność personelu medycznego, zmierzająca do określenia stanu zdrowia i wyleczenia pacjenta” [Ziwgman, Gajek 1997, s. 58].

przypisanych na rzecz pacjenta, przez liczbę osobodni opieki wykonanych w okresie rozliczeniowym [Rozporządzenie... 1998, § 3].

Jednostkowy koszt przypisanych na rzecz pacjenta leków jest to wartość leków powiększona o rozliczone koszty apteki lub innego ośrodka kosztów pełniącego funkcję apteki w zakładzie [Rozporządzenie... 1998, § 4].

Koszty procedury medycznej rozumiane będą jako wszelkie koszty związane z realizacją procesu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji pacjenta [Sitko1998]. Dla każdego ośrodka kosztów działalności podstawowej, innego niż oddział szpitalny, kierownik zakładu sporządza wykaz wykonywanych w nim procedur medycznych. Dla każdej z procedur umieszczonych w wykazie ośrodka kosztów kierownik zakładu lub osoba przez niego wyznaczona sporządza ilościowe zestawienie zasobów zużywanych podczas typowego jej wykonania z podziałem na zużyte materiały i czas pracy bezpośredniej personelu biorącego udział w wytworzeniu procedury. W przypadku gdy dana procedura wykonywana jest na różne sposoby, dla każdego z nich sporządza się odrębny opis. Wartość zużytych bezpośrednio na wykonanie procedury medycznej zasobów ustala się na podstawie przeciętnego ilościowego zużycia oraz bieżących cen materiałów i stawek wynagrodzeń wraz z narzutami, co stanowi normatywne jednostkowe koszty bezpośrednie wykonania poszczególnych procedur [Rozporządzenie... 1998].

Łącząc dwa zagadnienia, tj. asortymentu kosztów (koszty rodzajowe) i struktury rzeczowej świadczonych w ośrodkach odpowiedzialności usług medycznych, jesteśmy w stanie liczyć i rozliczać koszty tych usług.

3. Koszty jakości

Klient-pacjent przychodzi czy szpitala nabywa nie produkt *sensu stricto*, lecz rozwiązanie określonego problemu zdrowotnego. Rozwiązując swój problem zdrowotny, pacjent może być bardziej lub mniej zadowolony ze zrealizowanej usługi medycznej. Jego satysfakcja zależy od stopnia, w jakim otrzymana usługa spełnia (lub nie) jego oczekiwania. Wynik porównawczej oceny tychże oczekiwań z rzeczywistością jest określany jako postrzegana jakość usługi. Różnica między usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego klienta-pacjenta. W związku z tym nie może być mierzona i oceniana obiektywnie. Próba określenia stopnia urzeczywistnienia założonych celów są standardy. „Przykładowymi standardami są: maksymalnie X minut oczekiwania na akcję pogotowia kardiologicznego, średni czas oczekiwania na wyniki testów laboratoryjnych poniżej X minut, maksymalny czas przekazania rachunków płatnikowi X tygodni. Standardy najczęściej są miarami wewnętrznymi, w ramach danej jednostki opieki zdrowotnej. Mogą być ustanawiane w przekroju nie tylko statycznym, ale i dynamicznym” [Szeszycka 2000, s. 4].

Wpływ czynnika jakości na działalność gospodarczą zakładów opieki zdrowotnej można zmierzyć w kategoriach „kosztu jakości” stanowiącego kwintesencję wszystkich kosztów operacyjnych związanych z tworzeniem jakości. W szczególności składają się nań: profilaktyka, ocena, błędy wewnętrzne, błędy zewnętrzne, przekroczenie wymagań i utrata korzyści [Bank 1997, s. 97]. Wszystkie te działania kosztowe mieszczą się w wymienionych wcześniej rodzajach i kategoriach kosztowych. Dbłość o jakość usług medycznych wyraża się więc nie tylko w ustalaniu istniejącego jej stanu, permanentnym wykrywaniu różnic między jakością pożądaną a faktycznie realizowaną. Obejmuje również profilaktykę i analizę przyczyn zaobserwowanych odchyień oraz wdrażanie niezbędnych działań korekcyjnych i usprawniających. Jakość usług medycznych niesie bowiem za sobą ewentualne przyszłe przychody i możliwość istnienia na trudnym rynku usług medycznych. Oznacza to dla zakładów opieki zdrowotnej jakość strategiczną [Maciąg 2004, s. 62], którą można postrzegać przez pryzmat kosztów jakości.

W literaturze dotyczącej jakości i zarządzania jakością spotyka się trzy główne kategorie kosztów, tj.:

- koszty zgodności,
- koszty niezgodności,
- koszty utraconych korzyści [Bank 1997, s. 111-130; Gabrusewicz i in. 1998, s. 272-284].

Przenosząc je na grunt opieki zdrowotnej, można powiedzieć, że bazują one na wymienionych wcześniej czynnościach zmierzających do wypracowania odpowiedniego poziomu jakości usług medycznych akceptowanych przez zarządzających i odbiorców usług, czyli pacjentów.

Do kosztów zgodności zalicza się koszty działań profilaktycznych oraz koszty oceny. Profilaktyka w opiece zdrowotnej to niedopuszczenie do błędnych diagnoz i rozpoznań, które w konsekwencji mogą spowodować znaczne zawyżenie kosztów leczenia pacjenta, a często i powikłania o nieodwracalnym charakterze lub wręcz zejścia śmiertelne, powodujące roszczenia odszkodowawcze, czyli pozostałe koszty operacyjne⁴. Warunkiem prawidłowego rozpoznania przypadku chorobowego jest wiedza i doświadczenie pracowników będących w pierwszym kontakcie z pacjentem. Ich wiedza to specjalizacje medyczne przydatne na stanowisku pracy, a koszt to koszt kształcenia specjalistycznego i doskonalenia wiedzy w ramach różnego rodzaju programów szkoleniowych i edukacyjnych. Z punktu widzenia rodzaju są to koszty świadczeń na rzecz pracowników. W wielu przypadkach szkolenie specjalizujące nie jest kosztem zakładu opieki zdrowotnej, lecz kosztem lekarza czy pielęgniarki podwyższających w ramach własnych środków swoje kwalifikacje, natomiast koszt pozyskania wysoko wykwalifikowanego pracownika staje się problemem decyzyjnym przy uzgadnianiu warunków wy-

⁴ Pomocą w kwalifikowaniu kosztów do odpowiednich zespołów planu kont może być: [Hass-Symotiuł (red.) 2003].

nagrodzenia w związku z nawiązaniem stosunku pracy. Na koszty programów szkoleniowych i edukacyjnych składają się koszty planowania i organizowania szkoleń, a także koszty czynności kontrolnych wykonywanych przez kierowników (ordynatorów) nadzorujących szkolenie pracowników realizujących świadczenia medyczne. Rozliczając koszty według typów działalności, przyporządkowujemy je do kosztów poszczególnych oddziałów, pracowni i innych komórek organizacyjnych, na których rzecz realizowane są szkolenia.

Do kosztów zgodności należą także koszty oceny ponoszone w związku z określeniem zgodności ze standardami jakościowymi. Na system oceny w zakładach opieki zdrowotnej składają się czynności kontrolne, do których zaliczamy m.in. inspekcje sanitarne czy bakteriologiczne, sprawdzanie dokumentacji chorych i historii choroby, kontrolę przydatności leków, krwi i preparatów krwiopochodnych, odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych, sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz pozostałych materiałów medycznych, a także ocenę sprawności sprzętu medycznego dopuszczającą sprzęt do użytkowania. W wielu przypadkach właśnie ocena sprawności sprzętu i urządzeń eliminuje ewentualne koszty mogące się pojawić z powodu źle działających, a czasem niebezpiecznie działających urządzeń (przypadek poparzenia pacjentek przy naświetleniach). Nie przysparza kosztów ocena dokonywana w ramach codziennych obowiązków służbowych. Jeżeli zaś są to czynności dodatkowe, realizowane przez osoby z zewnątrz, to kwalifikujemy kontrolę i ocenę jako usługi obce lub umowy zlecenia (o dzieło). Kontrole i oceny wewnętrzne wykonywane na dodatkowe zlecenia rozliczane są także w trybie umów o dzieło lub umów zlecenia. Podobnie jak w poprzednim przypadku, rozliczając koszty według typów działalności, przyporządkowujemy je do kosztów poszczególnych oddziałów, pracowni i innych komórek organizacyjnych, na których rzecz realizowane są czynności kontroli i oceny.

Do kosztów niezgodności zaliczamy koszty błędów wewnętrznych, błędów zewnętrznych oraz koszty przekroczenia wymagań [Bank 1997, s. 111-130], które są traktowane jako koszty powstałe w związku z nieprzebrnięciem pewnych standardów.

Koszty błędów wewnętrznych interpretuje się jako powstałe w związku z dokonywaniem poprawek w usługach, w których stwierdza się niezgodność ze standardami, zanim zostaną one zrealizowane na rzecz odbiorcy. Powstawanie kosztów błędów wewnętrznych w usługach medycznych jest związane z powtórny diagnostowaniem, badaniami wspomagającymi diagnostowanie, a także pojawieniem się zakłóceń w procesie leczenia z powodu indywidualnych warunków zdrowotnych pacjenta lub reakcji pacjenta na określone leki. Są to więc koszty amortyzacji sprzętu medycznego, materiałów i energii, usług obcych, wynagrodzeń oraz ubezpieczeń społecznych i świadczeń na rzecz pracowników. Koszty te zawyżają koszty leczenia pacjenta. Do kosztów błędów wewnętrznych zaliczane są także koszty odrzutów i poprawek. W przypadku procedury medycznej czasami

pojawiają się problemy będące konsekwencją wykonanej procedury, które należy traktować jako koszt poprawek. Dla przykładu przy appendektomii (operacja w zakresie kikuta wyrostka robaczkowego) jako poprawkę należy traktować drenaż ropnia okołowyrostkowego czy też inne zabiegi w zakresie wyrostka, jak wytworzenie lub zamknięcie przetoki wyrostka, a także zabiegi diagnostyczne na jelicie grubym [Międzynarodowa... 1999, s. 144]. Eliminowanie kosztów błędów wewnętrznych jest stosunkowo trudne ze względu na specyfikę świadczonych usług medycznych. Pojawiające się nowe warunki realizacji usługi medycznej powodują, że świadczący usługę, biorąc pod uwagę zdrowie i życie pacjenta, podejmuje natychmiastowo decyzję o dodatkowych czynnościach nie mieszczących się w standardzie rozumianym z punktu widzenia medycznego. Skutek medyczny powinien być jednoznaczny, lecz zawyżony koszt leczenia w interpretacji zarządzania jakością staje się kosztem niezgodności. Koszty te znajdują jednak uzasadnienie, ponieważ stosownie do koncepcji TQM, świadczący usługę posiada umiejętności i wiedzę niezbędną do wykonania usługi (pewność), a jednocześnie zdolny jest do reagowania aby służyć klientowi-pacjentowi solidnie i niezawodnie (zdolność reagowania) [Łańcucki (red.) 2003, s. 16-17]. Jednocześnie w filozofii TQM występuje kryterium solidności i niezawodności, które zakłada, że personel medyczny jest zdolny do zrealizowania obiecanej usługi niezawodnie i dokładnie – zdaniem pacjenta – bez względu na koszt.

Do kosztów błędów zewnętrznych należą koszty powstałe po zrealizowanym wyrobie gotowym lub wyświadczonej usłudze. Wiążą się one z poprawianiem produktów czy usług po dostarczeniu odbiorcy [Bank 1997, s. 111-130]. Wśród przykładów ogólnych można wymienić m.in. koszty gwarancji, dokonywanie zmian w produktach po opuszczeniu przez nie zakładu, korygowanie błędnie wystawionych faktur, nieoczekiwane koszty związane z obsługą zewnętrzną. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej są to najczęściej czynności w związku z powrotem pacjenta na oddział z powodu nawrotu choroby z przyczyn różnych lub też poprawianie procedury, która już raz została wykonana. Dla przykładu wykonanie mastektomii (jednostronne proste odjęcie sutka) w sposób nie dość dokładny i powrót komórek nowotworowych w miejsce operowane powoduje ponowne wykonanie mastektomii, ale już tzw. całkowitej [Międzynarodowa... 1999, s. 241], co oczywiście powoduje powstanie kosztów. Specyfika usług medycznych i specyfika stanów chorobowych wskazują na to, że nie zawsze jest to wina personelu medycznego. Nie doszukując się winy organizacji, jaką jest zakład opieki zdrowotnej, stwierdza się jednak koszt, który pojawia się jako koszt błędów zewnętrznych. W przypadku innego rodzaju usług można by to traktować jako koszty gwarancyjne. Nie można jednak traktować np. wszczepu i dopasowania protezy po amputacji kończyny wykonanej kilka miesięcy wcześniej, gdyż są to dwie różne procedury, będące naturalną konsekwencją czynności medycznych [Międzynarodowa... 1999, s. 241]. W opiece zdrowotnej trudne do zrozumienia jest realizowanie gwarancji, chyba że dotyczy zastosowanych implantów i stymulatorów, które są objęte

gwarancją producenta. Sama więc usługa czy procedura nie są objęte gwarantowaniem.

Następnym kosztem w kategorii kosztów niezgodności są koszty przekroczenia wymagań. Do ogólnie rozumianych kosztów przekroczenia wymagań należą koszty związane z dostarczaniem informacji lub usług, które są niepotrzebne lub nieistotne, lub dla których nie ustalono wymogów. Przykładem mogą więc być koszty tworzenia dodatkowych (zbędnych) dokumentów, zestawień, raportów, sprawozdań, analiz, których nikt nie czyta i nie potrafi wykorzystać [Bank 1997, s. 111-130]. W każdej jednostce gospodarującej pojawiają się potrzeby informacyjne zarządzania, które nie zawsze mają racjonalne uzasadnienie. Przygotowując powyższe dane, ponosimy koszty, lecz nie zawsze są to koszty uzasadnione. Dbając o jakość usług medycznych, należy unikać kosztów zbędnych, tzw. kosztów przekroczenia wymagań. Specyfika usług medycznych umożliwia identyfikację kosztów towarzyszących procedurom medycznym, a których realizacja nie ma uzasadnienia z medycznego punktu widzenia. Zdarza się bowiem, że pracownicy opieki zdrowotnej asekuracyjnie wymagają dodatkowych badań, analiz i opinii potwierdzających lub wykluczających określone stany lub powikłania chorobowe. Rozszerzanie diagnostyki w niektórych przypadkach pozwala definitywnie wyeliminować jakąś jednostkę chorobową lub ewentualne powikłania i w takich przypadkach koszty są uzasadnione, mimo że są kosztami przekroczenia wymagań (w środowisku medycznym jest to zawsze problem dyskusyjny).

Trzecią i ostatnią z omawianych kategorii kosztów jakości są koszty utraconych korzyści, rozumiane jako strata przychodów wynikająca z powodu podjęcia decyzji, w której wyniku zaniechamy jednego działania na rzecz podjęcia innego działania [Sojak 2003, s. 57]. Koszty utraconych korzyści są też interpretowane jako utrata dotychczasowych klientów, utrata potencjalnych klientów oraz utrata potencjalnego wzrostu obrotów wynikająca z niedostarczenia produktów czy usług na wymaganym poziomie jakości [Bank 1997, s. 111-130]. W zakładach opieki zdrowotnej mogą się pojawić koszty utraconych korzyści z powodu błędnych decyzji strategicznych, słabego rozpoznania rynku usług medycznych, a także z powodu błędów w sztuce lekarskiej, które zostały upublicznione. Przykładem może być zrealizowana decyzja o otwarciu nowego oddziału szpitalnego, dla którego nie podpisano kontraktu z płatnikiem instytucjonalnym lub nie zapewniono rynku usług w trybie sprzedaży bezpośredniej. Ponadto przeinwestowanie techniczne może prowadzić do obniżenia efektywności ekonomicznej świadczonych usług medycznych oraz obniżenia jakości świadczonych usług z powodu utraty wykwalifikowanego personelu lub stosowania mało nowoczesnych metod leczenia. Poniesione wówczas koszty nie dają planowanych korzyści ekonomicznych. Obniżenie jakości świadczonych usług medycznych może także spowodować utratę dotychczasowych i potencjalnych pacjentów. Koszty utraconych korzyści powodują więc utratę przychodów wynikającą ze zmniejszenia się liczby pacjentów, nieumożliwieniu pozyskania nowych pacjentów lub braku możliwości rozwinięcia się

zakładu opieki zdrowotnej ze względu na złą jakość świadczonych usług medycznych.

4. Zakończenie

Pomiar jakości usług medycznych wymaga zdecydowanie więcej niż poddania ocenie technicznych ich aspektów (np. stopnia zaawansowania technologicznego i materiałowego, wyposażenia szpitala w łóżka). Sprawą dużej wagi jest akceptacja usługi przez pacjenta i satysfakcja pacjenta z doświadczanej usługi. W przypadku niezadowolenia bowiem wielu pacjentów prędzej zaniecha korzystania z usługi bądź skorzysta z oferty konkurencji, niż podejmie interwencję w sprawie jakości. Aby świadczyć usługi na odpowiednim poziomie, zakład opieki zdrowotnej ponosi stosowne koszty. Jednakże, aby akceptowana przez pacjentów i uzasadniona medycznie jakość usług medycznych mogła być postrzegana jako jakość strategiczna, musimy w swej działalności uwzględnić koszty jakości tych usług. Umiejętność dostrzegania kosztów jakości usług medycznych w toku codziennej działalności, ich interpretowania, analizy i oceny to obowiązek dobrego menedżera opieki zdrowotnej.

Literatura

- Bank J., *Zarządzanie przez jakość*, Wyd. Gebethner i Ska, Warszawa 1997.
- Brzezińska K., *Dlaczego jakość usług medycznych jest tak ważna?*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 1999, nr 1.
- Gabrusewicz W., Kamela-Sowińska A., Poetschke H., *Rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 1998.
- Głowacka M.D., *Jakość w ochronie zdrowia*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, Wyd. AM w Poznaniu, Poznań 2002.
- Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością, teoria i praktyka*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Hass-Symotiuk M. (red.), *Rachunkowość i plan kont dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
- Henrzej J., Kehres E., *Rachunek kosztów i świadczeń w szpitalach*, Wyd. Zachodnie Centrum Organizacji, Zielona Góra 2001.
- Łańcucki J. (red.), *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wyd. AE, Poznań 2003.
- Maciąg A., *Jakość strategiczna*, „Menedżer Zdrowia”, 2004, nr 10.
- Mała encyklopedia rachunkowości*, PWE, Warszawa 1971.
- Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 164, poz. 1194.
- Sitko J., *Rachunek kosztów procedur medycznych – zastosowanie w zarządzaniu szpitalem i kom-
traktowanie usług medycznych*, „Antidotum” 1998, nr 2.

Słownik języka polskiego, t. 1, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Sojak S., *Rachunkowość zarządcza*, Wyd. TNOiK, Toruń 2003.

Staszewski R., Głowacka M.D., *Pojęcie jakości. Od teorii do praktyki*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, AM, Poznań 2003.

Szeszycka I., *Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych*, „Antidotum” 2000, nr 4.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769, Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255, Nr 28, poz. 256, Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, Nr 126, poz. 1383, Nr 126, poz. 1384, Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151, Nr 124, poz. 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081, Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, Nr 273, poz. 2703).

Wąsiewicz E.P., *Zdrowie publiczne i medycyna społeczna*, Wyd. AM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2000.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 roku w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, MP nr 19.

Ziugman M., Gajek F., *Metody oznaczania kosztów jednostkowych procedur medycznych*, „Antidotum” 1997, nr 9-10.

QUALITY COSTS OF MEDICAL SERVICE

Summary

The quality of medical service equals to the satisfaction of a patient, an employee, also a payer and a health unit founder. Assuring the execution of medical service requires costs which are perceived according to the type of activity. However, the quality of service requires the understanding of quality costs which include conformity costs, non-conformity costs, and opportunity costs. Skilful management of quality costs enables wide-ranging of medical services, which results in effective managing a health care unit, which is of vital importance, especially taking the current situation in health service into consideration.