

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 398

Zarządzanie kosztami i dokonaniem

Redaktorzy naukowi
Edward Nowak
Marcin Kowalewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Kozuchowska
Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz
Łamanie: Adam Dębski
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa
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 978-83-7695-522-3

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

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

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

Wstęp	11
Anna Bartoszewicz: Zbilansowana karta wyników jako narzędzie pomiaru pracy komórki audytu wewnętrznego	13
Barbara Batóg, Jacek Batóg, Andrzej Niemiec, Wanda Skoczylas, Piotr Waśniewski: Application of ordinal logit models in the diagnosis of performance measurement system in Polish enterprises	24
Bogusława Bek-Gaik, Bartosz Rymkiewicz: Model biznesu w sprawozdawczości polskich spółek publicznych na przykładzie branży energetycznej.....	36
Paulina Belch: Analiza kosztów rodzajowych w sektorze paliwowym.....	53
Anna Bialek-Jaworska: Determinanty kosztów kształcenia w szkołach wyższych	62
Leszek Borowiec: Kalkulacja kosztu netto usług transportowych Miejskich Zakładów Autobusowych sp. z o.o. w Warszawie.....	73
Halina Buk: Sprawozdawczość segmentowa bazą informacyjną dla oceny efektywności zarządzania operacyjnego	84
Michał Chalastra: Zakres integracji rachunku kosztów tworzonego na potrzeby systemów rachunkowości finansowej i budżetowania – wyniki badań empirycznych.....	96
Małgorzata Czerny: Pomiar dokonań w bankach islamskich	105
Dorota Czerwińska-Kayzer: Korzyści biologiczne w rachunku opłacalności produkcji rolniczej	112
Joanna Dyczkowska: Nowoczesne narzędzia raportowania menedżerskiego w kontekście roli współczesnych controllerów	121
Tomasz Dyczkowski: Financial and non-financial information in performance assessment of public benefit organisations	134
Tomasz Dyczkowski: Mierniki dokonań organizacji pożytku publicznego. Możliwości i ograniczenia stosowania	146
Aleksandra Ferens: Identyfikacja i grupowanie kosztów środowiskowych w systemie informacyjnym zarządzania	159
Rafał Jagoda: Koszty i korzyści a ryzyko ubezpieczenia należności.....	168
Elżbieta Jaworska: Pomiar dokonań w obszarze społecznego aspektu odpowiedzialności przedsiębiorstwa wobec pracowników.....	179
Jacek Jaworski, Jacek Woźny: Ramy koncepcyjne zastosowania strategicznej karty wyników w zarządzaniu jednostką podstawową uczelni publicznej.....	189

Wojciech Kariozen: Balanced Scorecard w czołowych polskich uniwersytetach – analiza gotowości do opracowania i wdrożenia	200
Magdalena Kludacz: Zasady rachunku kosztów francuskich szpitali na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych	209
Bartosz Kołodziejczuk: Uwarunkowania zarządzania kosztami w przemyśle poligraficznym	219
Roman Kotapski: Koszty zbiorowego zaopatrzenia w wodę i zbiorowego odprowadzania ścieków na potrzeby kształtowania taryf.....	228
Mariola Kotłowska: Czynniki kreowania wartości przedsiębiorstwa ciepłowniczego.....	239
Robert Kowalak: Sprawozdawczość zarządcza zakładu gospodarowania odpadami	249
Marcin Kowalewski: Pomiar i raportowanie dokonań na poziomie strumienia wartości w <i>lean accounting</i>	260
Wojciech Dawid Krzeszowski: Planowanie kosztów w ujęciu procesowym	269
Justyna Kujawska: Koszty administracyjne w szpitalu.....	280
Grzegorz Lew: Pomiar dokonań relacji z klientami w przedsiębiorstwach handlowych.....	289
Monika Łada: Rachunek celowego postarzania produktów.....	298
Małgorzata Macuda: Rola benchmarkingu w pomiarze i ocenie dokonań szpitali.....	307
Teresa Martyniuk, Klaudia Balcer: Pomiar w rachunkowości na tle regulacji międzynarodowych.....	317
Łukasz Matuszak: Rola sprawozdania z działalności w społecznie odpowiedzialnym przedsiębiorstwie.....	327
Jarosław Mielcarek: EBITDA jako podstawa rachunku kosztów docelowych	343
Maria Nieplowicz: Organizacyjne aspekty wdrażania zrównoważonej karty wyników	354
Edward Nowak: Controlling zorientowany na dokonania przedsiębiorstwa..	363
Marta Nowak: Moral conflict in performance measurement.....	372
Agnieszka Nóżka: Zarządzanie kosztami projektów budowlanych realizowanych zgodnie z procedurami kontraktowymi FIDIC – wybrane problemy	380
Ryszard Orliński: Rozliczanie procedur medycznych z wykorzystaniem aplikacji grupera	391
Ewa Różańska: Metody oceny i selekcji projektów badawczo-rozwojowych w przedsiębiorstwie społecznie odpowiedzialnym	401
Jolanta Rubik: Zarządzanie kosztami pracy a wymogi CSR.....	411
Beata Sadowska: Rachunek kosztów działań – teoria i praktyka.....	420
Anna Surowiec: Supply chain management practices in SME sector	432

Piotr Szczypa: Koncepcja pomiaru osiągnięć w POL-EKO APARATURA spółka jawna	441
Olga Szolno: Cele i mierniki monitorowania celów w systemie kontroli zarządczej i budżetu zadaniowego w jednostkach samorządu terytorialnego.....	450
Łukasz Szydelko: Segmentowy rachunek kosztów i wyników w rachunkowości zarządczej zorientowanej na procesy	460
Joanna Świerk: Mapa strategii w działalności jednostek samorządu terytorialnego na przykładzie miasta Lublin	470
Marcin Wierzbiński: Model biznesowy a strategia i zarządzanie strategiczne.....	481
Beata Zyznarska-Dworczak: Zrównoważone zarządzanie kosztami wobec alternatywnych badań naukowych w rachunkowości zarządczej	501

Summaries

Anna Bartoszewicz: Balanced scorecard as a tool of efficiency measurement of the internal audit unit	13
Barbara Batóg, Jacek Batóg, Andrzej Niemiec, Wanda Skoczylas, Piotr Waśniewski: Wykorzystanie porządkowych modeli logitowych w diagnozie systemu pomiaru dokonań przedsiębiorstw polskich	24
Bogusława Bek-Gaik, Bartosz Rymkiewicz: Business model in the reporting of Polish public companies on the example of the energy sector	36
Paulina Belch: Analysis of generic costs of companies from the petroleum sector.....	53
Anna Bialek-Jaworska: Determinants of the education costs at universities	62
Leszek Borowiec: Calculation of net costs of transport services of Warsaw Bus Company.....	73
Halina Buk: Segment reporting as the information base for evaluation of effectiveness of operating management	84
Michał Chalastra: Areas of integration of costing systems created for the purpose of financial accounting and budgeting – the results of empirical research.....	96
Małgorzata Czerny: Performance measurement in Islamic banks	105
Dorota Czerwińska-Kayzer: Biological benefits in profitability account of agricultural production	112
Joanna Dyczkowska: Modern tools of management reporting in the context of roles of contemporary management accountants	121
Tomasz Dyczkowski: Informacje finansowe i niefinansowe w ocenie dokonań organizacji pożytku publicznego	134

Tomasz Dyczkowski: Performance measures for public benefit organization. Opportunities and limitations of their use	146
Aleksandra Ferens: Identification and grouping of environmental costs in the management information system.....	159
Rafał Jagoda: Costs and benefits vs. a risk of receivables insurance.....	168
Elżbieta Jaworska: Performance measures in the area of social context of corporate responsibility towards employees.....	179
Jacek Jaworski, Jacek Woźny: Conceptual frameworks for the use of Balanced Scorecard in the management of the basic unit of public university	189
Wojciech Kariozen: Balanced Scorecard in top ranked Polish universities – an analysis of readiness for design and implementation	200
Magdalena Kludacz: The principles of cost accounting in French hospitals for the valuation of medical services.....	209
Bartosz Kolodziejczuk: Determinants of business cost management in printing industry	219
Roman Kotapski: Costs of water supply system and sewage collection system with the purpose of creating scales of charges	228
Mariola Kotłowska: Factors of value creation in a heating company	239
Robert Kowalak: Managerial reporting for the waste disposal plants	249
Marcin Kowalewski: Value stream performance measurement of lean accounting.....	260
Wojciech Dawid Krzeszowski: Cost planning in the process perspective.....	269
Justyna Kujawska: Administrative costs in hospital.....	280
Grzegorz Lew: Performance measurement of customer relationships in enterprises of trade	289
Monika Łada: Product planned obsolescence accounting.....	298
Małgorzata Macuda: The role of benchmarking in hospitals' performance measurement.....	307
Teresa Martyniuk, Klaudia Balcer: Measurement in accounting against international regulations.....	317
Łukasz Matuszak: The role of management commentary of socially responsible enterprise	327
Jarosław Mielcarek: EBITDA as a basis for target costing	343
Maria Nieplowicz: Organizational aspects of the Balanced Scorecard implementation	354
Edward Nowak: Performance-oriented controlling.....	363
Marta Nowak: Konflikt moralny w zarządzaniu dokonaniem	372
Agnieszka Nózka: Managing the costs of construction designs carried out in accordance with the FIDIC contract conditions – selected issues	380
Ryszard Orliński: Settlement of medical procedures using Gruper applications	391

Ewa Różańska: Evaluation and selection methods of research and development projects in socially responsible company	401
Jolanta Rubik: Labour costs management vs. CSR requirements.....	411
Beata Sadowska: Cost accounting operations – theory and practice	420
Anna Surowiec: Praktyki zarządzania łańcuchem dostaw w sektorze MSP..	432
Piotr Szczypa: The concept of performance measurement in POL-EKO general partnership	441
Olga Szolno: Objectives and indicators for monitoring the goals in management control and performance budget in local self-government entities.....	450
Łukasz Szydelko: Segment costs and results accounting in process-oriented management accounting	460
Joanna Świerk: Strategy map in the performance of local government units on the example of the city of Lublin.....	470
Marcin Wierzbiński: Business model vs. strategy and strategic management.....	481
Beata Zyznarska-Dworczak: Sustainable costs management in the light of alternative research in management accounting	501

Ryszard Orliński

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

e-mail: ryszard_orlinski@poczta.onet.pl

ROZLICZANIE PROCEDUR MEDYCZNYCH Z WYKORZYSTANIEM APLIKACJI GRUPERA

SETTLEMENT OF MEDICAL PROCEDURES USING GRUPER APPLICATIONS

DOI: 10.15611/pn.2015.398.37

Streszczenie: Wprowadzenie rozliczeń świadczeń zdrowotnych i procedur medycznych w oparciu o system jednorodnych grup pacjentów usprawniło rozliczenia finansowe szpitali z NFZ. System rozliczeniowy pozwala łączyć aspekty finansowe i medyczne, a jednocześnie umożliwia kontrolę kosztów z przypisaniem ich do konkretnych jednostek chorobowych i pacjentów. Do każdej procedury i rozpoznania przypisana jest odpowiednia liczba punktów będąca podstawą rozliczenia finansowego kontraktu. Kodując odpowiedniego pacjenta wraz z jego jednostką chorobową, należy pamiętać o wpisaniu wszystkich istotnych informacji mających wpływ na liczbę przyznanych punktów oraz przypisaną do tego stawkę refundacyjną (cena za zrealizowane świadczenie zdrowotne = ilość punktów × cena za punkt). Gruper jest aplikacją umożliwiającą kwalifikację rekordu pacjenta (na podstawie danego przypadku) do właściwej grupy systemu JGP. Poprawność wprowadzenia danych decyduje o przypisaniu odpowiedniej liczby punktów, a co za tym idzie uzyskaniu maksymalnej, możliwej do uzyskania kwoty za zrealizowane świadczenie zdrowotne. Celem artykułu jest przedstawienie możliwości rozliczania procedur medycznych z wykorzystaniem aplikacji grupera. W treści artykułu wykorzystano informacje pochodzące z badanych szpitali (obiektów badań), w ramach badań własnych realizowanych przez autora. Wyniki badań potwierdzają potrzebę precyzyjności kodowania pacjentów i procedur, z wykorzystaniem narzędzi i programów informatycznych, co daje możliwość uzyskania z NFZ maksymalnych możliwych kwot z tytułu zrealizowanych świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: gruper, plik parametryzujący, algorytm JGP, procedura medyczna, stawka refundacyjna.

Summary: The introduction of payments for medical services and medical procedures based on a system of homogeneous groups of patients improved the financial settlements of hospitals with the NFZ. Billing system allows to combine financial and medical aspects, and at the same time to control the cost of assigning them to specific disease entities and patients. For each procedure and diagnosis the appropriate number of points is assigned as the basis for the clearing-financial connection contract. Encoding a relevant patient with the disease entity it should be remembered to include all relevant information affecting the amount of the credits, and assigned to it the reimbursement rate (price for completed medical service = number of

points x price per point). Gruper is an application that allows the classification of the patient's record (on an individual basis) to an appropriate group of DRG system. The correctness of the data input determines the assignment of the appropriate number of points, and thus obtaining the maximum possible amount for the realized health service. The aim of this article is to present the possibilities of settling medical procedures using Gruper applications. The content of the article used information from surveyed hospitals (research subjects), as part of research conducted by the author. The results of the research support the need for accuracy in coding patients and procedures, using tools and computer programs, which makes it possible to obtain the maximum possible amounts due to the realized health benefits from the NFZ.

Keywords: Gruper, parameterizing file, DRG algorithm, medical procedure, reimbursement rate.

1. Wstęp

Kondycja finansowa szpitali zależy od możliwości realizowania świadczeń zdrowotnych, podpisanych kontraktów z płatnikiem instytucjonalnym, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz poprawności sprawozdawczej realizowanej na rzecz płatnika. Pierwszego lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzony został w Polsce system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) [Zarządzenie 2008]. W zarządzeniu określone zostały warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z wykorzystaniem nowego systemu wprowadzonego na rynek usług medycznych. Doświadczenia państw zachodnich wykazały, że system ten jest dobry i ułatwia rozliczenia między świadczeniodawcą a płatnikiem.

Celem podstawowym wprowadzenia nowego systemu rozliczeniowego było dążenie do zapewnienia obiektywnego pomiaru statutowej działalności szpitali i równego traktowania wszystkich szpitali jako świadczeniodawców. Istotnym elementem każdej działalności gospodarczej jest koszt działalności. W trudnej sytuacji rynkowej opieki zdrowotnej należy poszukiwać możliwości minimalizowania kosztów, zdając sobie sprawę, że maksymalizacja przychodów jest możliwa tylko poprzez podniesienie jakości realizowanych świadczeń, co z kolei może powodować wzrost kosztów. Sprawozdawczość medyczna i ekonomiczna realizowana w ramach funkcjonującego systemu JGP pozwala poprawnie rozliczać zawarte umowy z NFZ i jednocześnie kontrolować nieuzasadniony wzrost kosztów szpitala [Gilewski 2010].

Celem artykułu jest przedstawienie możliwości rozliczania przez szpitale procedur medycznych z wykorzystaniem aplikacji grupera. Przykłady praktyczne pochodzą z badanych szpitali w ramach badań własnych realizowanych przez autora.

2. Struktura systemu jednorodnych grup pacjentów

Założeniem podstawowym do systemu JGP było łączenie świadczeń w grupy lecznicze (jednorodne grupy pacjentów) z podobnymi problemami klinicznymi pacjen-

tów oraz podobnymi procesami diagnostycznymi i leczniczymi. Jednorodnie grupy pacjentów bazują na sprawdzonych międzynarodowych klasyfikacjach chorób i procedur (Klasyfikacja Procedur Medycznych – ICD-9-CM i Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10). Na całym świecie funkcjonują już systemy rozliczania szpitali oparte na JGP. Ich funkcjonowanie polega na tym, że płatnik rozlicza się ze szpitalem według zryczałtowanych taryf przypisanych jednorodnym klinicznie, a przede wszystkim kosztowo, przypadkom chorobowym, które tworzą określone grupy pacjentów [Macuda 2011]. Polska, wprowadzając system oparty na JGP, wykorzystywała doświadczenia innych krajów w tym zakresie. Wprowadzony system umożliwia szpitalom podejmowanie racjonalnych decyzji w dążeniu do jak najlepszego, z punktu widzenia medycznego i ekonomicznego, wykorzystania posiadanych zasobów osobowych, materiałowych, technicznych i technologicznych. NFZ, podpisując umowę ze szpitalem, określa wymagania sprzętowe i osobowe, umożliwiające realizowanie świadczeń zdrowotnych objętych umową – kontraktem. Kontraktowanie świadczeń odbywa się na zasadzie ogłaszanych konkursów [Ustawa 2003].

System JGP zbudowany jest z sekcji stanowiących zbiór jednorodnych grup pacjentów, występujących w układzie anatomiczno-fizjologicznym. Każda sekcja jest powiązana z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny. Sekcje odpowiadają pojęciu Głównych Kategorii Diagnostycznych w amerykańskim systemie DRG. W sekcjach znajdują się grupy zabiegowe i zachowawcze [Gilewski 2010]. Grupy są scharakteryzowane w szczególności za pomocą listy procedur i/lub rozpoznań istotnych w ich identyfikacji, a także, jeżeli zachodzi potrzeba, za pomocą list dodatkowych procedur i/lub rozpoznań. Jednorodna grupa pacjentów stanowi wyodrębnioną kategorię hospitalizacji posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę, na którą składają się takie elementy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu w szpitalu. Decydujące znaczenie w zakwalifikowaniu pacjenta do grupy zabiegowej mają kody procedur medycznych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Modyfikacji Klinicznej ICD-9-CM, a do grupy zachowawczej – kody rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. NFZ przedstawia opis skatalogowanych jednorodnych grup pacjentów, w którym znajdują się kod, nazwa, etykieta oraz zbiór kodów rozpoznań lub procedur kwalifikujących daną hospitalizację do odpowiedniej grupy. Ponadto w etykietach wielu jednorodnych grup pacjentów znajduje się zapis dodatkowych wymagań, których spełnienie jest brane pod uwagę podczas kwalifikowania danej hospitalizacji do określonej grupy – tzw. warunki kierunkowe. Są one oznaczone kolejnymi literami alfabetu i odsyłają do dodatkowych zbiorów rozpoznań i/lub procedur medycznych, jeśli jest to niezbędne do uzyskania pełnej charakterystyki danej grupy.

Poszczególne świadczenia zdrowotne mogą być rozliczane przez szpitale pod warunkiem przestrzegania rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących określenia uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych, stosownie do posiadanych

wewnętrznych jednostek organizacyjnych, np. oddziałów szpitalnych, przychodni czy też pracowni. Przykładowo, zabieg wewnątrzczaszkowy z powodu poważnego urazu (kod grupy A01, kod produktu 5.51.01.0001001), za który otrzymać można 139 punktów przy hospitalizacji nieprzekraczającej 30 dni, może być rozliczany, zgodnie z zakresem świadczeń, tylko poprzez oddziały chirurgii dziecięcej (kod resortowy specjalności komórki organizacyjnej – 4501), chirurgii ogólnej (4500), neurochirurgii (4570), ortopedii i traumatologii narządów ruchu (4302) oraz otorynolaryngologii (4610). Oznacza to bowiem, że inne oddziały szpitalne nie posiadają uprawnień do realizacji takiego świadczenia zdrowotnego i nie mogą go rozliczać finansowo. Równocześnie w przypadku przekroczenia czasu pobytu pacjenta na oddziale oddział może dodatkowo rozliczyć, pod warunkiem podpisanej umowy typu hospitalizacja, 6 punktów (wartość punktowa osobodnia) za każdy dzień pobytu ponad ryczałt finansowany grupą. W klasyfikacji JGP kod A oznacza choroby układu nerwowego do zdiagnozowania przypadku z wykorzystaniem ICD-10. Natomiast konieczność przeprowadzenia zabiegu wewnątrzczaszkowego z powodu poważnego urazu związana może być z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań A01. Na liście tej znajdują się przykładowo takie rozpoznania, jak np.: S06.0 – wstrząśnienie, S06.1 – urazowy obrzęk mózgu, S06.2 – rozległy uraz mózgu, S06.3 – ogniskowy uraz mózgu, S06.7 – uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności czy też S06.8 – inne urazy śródczaszkowe. Rozpoznanie wiąże się ze wskazaniem procedury do zrealizowania w ramach katalogu procedur wg ICD-9, na przykład: 01.01 – nakłucie zbiornika podpajęczynówkowego, 01.091 – aspiracja przestrzeni podpajęczynówkowej, 01.094 – nakłucie ciemniaczka przedniego, 01.12 – biopsja opon mózgu, 01.14 – otwarta biopsja mózgu czy też 01.19 – inne zabiegi diagnostyczne czaszki.

Realizowane przez oddziały szpitalne świadczenia zdrowotne muszą być zgodne z rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Pierwszą podstawą prawną dotyczącą warunków realizacji świadczeń było Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. [Rozporządzenie 2009], a obecnie obowiązuje Rozporządzenie MZ z 2013 [Rozporządzenie 2013]. Przykładowo, funkcjonowanie oddziału chirurgii dziecięcej oznacza posiadanie na oddziale lekarzy, przyjmując równoważnik co najmniej 4 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów specjalistów chirurgii dziecięcej. Podejmując się realizacji świadczeń z zakresu chirurgii dziecięcej, szpital musi zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (opieka nie może być łączona z innymi oddziałami). Ponadto oddział powinien być odpowiednio wyposażony w sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu realizacji świadczeń, w tym powinien też posiadać co najmniej inkubator (w przypadku realizacji świadczeń w zakresie chirurgii noworodka) oraz kardiomonitor. Oddział powinien również posiadać dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych. W pozostałych warunkach określa się, że w miejscu udzielania świadczeń powinien znajdować się gabinet diagnostyczno-zabiegowy,

blok operacyjny czynny całodobowo oraz powinny znajdować się łóżka intensywnej opieki medycznej z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarskim.

Za podstawę rozliczeniową zrealizowanego świadczenia służy punkt rozliczeniowy, wyceniany – szacowany przez NFZ. Obecnie jeden punkt stanowi kwotę 52 zł. Procedury i rozpoznania posiadają przypisaną odpowiednią liczbę punktów będących podstawą rozliczenia finansowego kontraktu. Identyfikując konkretnego pacjenta, z konkretnym schorzeniem, w konkretnej sytuacji, przy uwzględnieniu dodatkowych elementów, takich jak wiek czy choroby współistniejące lub powikłania, przyporządkowuje się przypadek do grupy o podobnej charakterystyce kosztowej i podobnym podejściu diagnostyczno-leczniczym i określa się liczbę skumulowanych punktów [Gilewski 2010]. Na kwotę rozliczeniową za świadczenie zdrowotne mają wpływ następujące informacje: pacjent z uwzględnieniem wieku i płci, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedura podstawowa, procedury dodatkowe, czas hospitalizacji. Kodując więc określonego pacjenta wraz z jego jednostką chorobową, należy pamiętać o wpisaniu wszystkich istotnych elementów mających wpływ na liczbę przyznanych punktów oraz przypisaną do tego stawkę refundacyjną. Podane elementy muszą być logicznie powiązane z jednostką chorobową oraz usankcjonowane prawnie w katalogach i plikach parametryzujących. W uwagach do procedury podawane są również konieczne do zakodowania inne czynności, które mogą być realizowane w ramach danej procedury.

3. Zasady grupowania rekordów pacjentów w systemie JGP

Szpital, realizując świadczenia zdrowotne, rozlicza się finansowo z płatnikiem instytucjonalnym, jakim jest NFZ. Rozliczenie w ramach systemu JGP polega na przyporządkowaniu pacjenta do określonej grupy na podstawie zbioru danych zawartych w rekordzie. Przyporządkowanie następuje automatycznie poprzez zastosowanie narzędzia, jakim jest algorytm grupera. W celu zachowania jednolitości kodowania NFZ opracował katalogi świadczeń szpitalnych oraz określił zasady kodowania w JGP [Zarządzenie 2008]. Na potrzeby funkcjonowania systemu JGP NFZ dokonał także tłumaczenia i przeprowadził weryfikację najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

Rozliczając zrealizowane usługi na rzecz pacjenta, w pierwszej kolejności sprawdza się, czy pacjent posiada uprawnienia do otrzymania świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego [Opis 2015]. Identyfikacja pacjenta zaczyna się od wpisania imienia i nazwiska pacjenta, oddziału NFZ oraz numeru PESEL pacjenta. Następnie podaje się datę założenia karty deklaracji, imię i nazwisko pracownika zakładającego kartę oraz miejsce założenia. Posiadanie uprawnień przez pacjenta umożliwia kolejne czynności, które dotyczą przygotowania informacji dla potrzeb systemu JGP. W przypadku braku uprawnień do leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego następuje rozliczenie indywidualne z pacjentem, przy zastosowaniu cen rynkowych za zrealizowane świadczenie zdrowotne.

Posiadanie uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego umożliwi kwalifikowanie poszczególnych rekordów pacjentów do grupy odpowiedniej JGP, rozpoczynając od sprawdzenia, czy wystąpiła znacząca procedura zabiegowa (musi to być co najmniej jedna spośród procedur zawartych w opisie grup). Jeżeli zarejestrowano więcej niż jedną znaczącą procedurę, to gruper wybiera procedurę o najwyższej randze. Wprowadzenie hierarchizacji procedur wynika z ich powiązania z grupami o zróżnicowanych ryczałtach. W systemie grupera wprowadza się więc rodzaj świadczenia, np. leczenie stacjonarne, tryb przyjęcia, rozpoznanie główne i rozpoznania współistniejące, następnie komórkę organizacyjną, np. oddział kardiologiczny, charakterystykę zlecającego, np. lekarza prowadzącego wraz z podaniem jego uprawnień leczniczych. Ponadto podaje się szczegółowe dane dotyczące pacjenta w momencie jego przyjęcia na oddział, np. ocena sprawności pacjenta, posiadanie lub nieposiadanie odleżyn i inne istotne informacje oraz datę rozpoczęcia leczenia (kod zakresu).

Kolejnym krokiem jest przypisanie wybranej procedury do właściwej grupy. W przypadku np. 118 grup zabiegowych wystarczy jedna znacząca procedura, aby zakwalifikować rekord pacjenta do jednej z tych grup (obecnie w 16 sekcjach znajduje się 511 grup, w tym 285 zabiegowych i 226 zachowawczych). Natomiast w przypadku 167 pozostałych grupach zabiegowych konieczne jest uwzględnienie dodatkowych informacji zawartych w rekordzie pacjenta, co oznacza np. występowanie dodatkowych rozpoznań czy procedur, wieku pacjenta, a także czasu pobytu na oddziale czy też w szpitalu [Zasady 2015]. Zaakceptowanie wszystkich istotnych informacji w systemie umożliwi zakwalifikowanie świadczenia do zrefinansowania. Podaje się więc szczegółowe informacje dotyczące prowadzonych badań diagnostycznych, np. w przypadku nowotworu złośliwego tarczycy (kod C73) zleca się określone procedury do realizacji z zaznaczeniem kodów wg ICD-9: USG tarczycy i przytarczyc (88.713), trijodotyronina wolna Ft3(055), tyroksyna wolna Ft4(069). Realizacja powyższych procedur pozwala podjąć odpowiednią decyzję leczniczą, co przekłada się na zaliczenie bądź niezaliczenie realizowanych procedur do standardu medycznego.

Poszczególne przypadki chorobowe kumulowane są następnie w raportach miesięcznych, co daje możliwość pozyskania środków pieniężnych z tytułu zrealizowanych kontraktów na leczenie szpitalne. Z ekonomicznego punktu widzenia jest to bardzo istotne ze względu na poniesione koszty leczenia i możliwość uzyskania środków na ich pokrycie. Często bowiem zdarza się, że kwota wyliczona w gruperze nie odpowiada poniesionym kosztom (tab. 1).

W tabeli 1 przedstawiono przykładowe możliwe do uzyskania przychody z tytułu realizowanych świadczeń zdrowotnych na różnych oddziałach oraz rzeczywiste koszty zrealizowanych procedur badanego szpitala. Przedstawione koszty wynikają z dokumentacji szpitalnej (tab. 2). Możliwość uzyskania przychodu w maksymalnej ilości punktów uzależniona jest od sposobu przedstawienia danych dotyczących procedur w gruperze. Uwzględnienie wszystkich czynności oznacza przyznanie

Tabela 1. Porównanie przychodu i poniesionych kosztów wykonanych procedur medycznych

Kod procedury	Nazwa procedury	Czas pobytu – osobodni	Przychody		Poniesione koszty					Zysk/strata
			Ilość punktów	Wartość	Blok i znieczulenie	Pobyt i opieka medyczna	Diagnostyka	Zużyte leki i sprzęt jednorazowego użytku	Razem	
JGP G25	Wycięcie pęcherzyka żółciowego bez powikłań	2	63	3 276,-	1593,47	675,68	207,60	24,92	2 501,67	774,33
JGP H06	Endo-proteza pierwotna całkowita kolana	6	383	19 916,-	9325,32	1436,34	305,67	122,95	11 190,28	8 725,72
JGP H62	Złamanie kończyny dolnej	5	88	4 576,-	5194,44	1196,95	160,41	144,86	6 696,66	-2 120,66
JGP N01	Poród przez cięcie cesarskie	3	33	1 716,-	684,74	1091,58	25,57	133,27	1 935,16	219,16

Źródło: na podstawie badań własnych i Pliku parametryzującego <http://jgp.uhc.com.pl/doc/AOS.4.5/icd9/index.html>.

maksymalnej liczby punktów za procedurę i uzyskanie wskazanej w tab. 1 kwoty. Jak wynika z podanych przykładów, na niektórych procedurach szpital w zależności od poniesionych kosztów może uzyskać nadwyżkę przychodów nad kosztami, natomiast są również procedury, które mają charakter deficytowy. Ponadto za uzasadnione dodatkowe dni pobytu pacjenta na oddziale w związku z realizowaną procedurą szpital może otrzymać dodatkowo, np. przy poszczególnych procedurach G25 – 3 pkt za każdy dzień, H06 – 6 pkt, H62 – 5 pkt i w N01 – 4 pkt. Musi to być jednak wykazane w gruperze i uznane za konieczne z punktu widzenia medycznego, w przeciwnym przypadku szpital nie uzyskuje z tego tytułu punktów. W przypadku G25, zabieg chirurgiczny, laparoskopowa cholecystektomia, obarczony jest pewnym, choć bardzo niewielkim ryzykiem rozwoju powikłań. Do najważniejszych z nich należą uszkodzenie dróg żółciowych oraz krwawienie w trakcie zabiegu. Konsekwencją może być zmiana kwalifikacji w gruperze i inna liczba punktów – kwalifikacja jako wycięcie pęcherzyka żółciowego z powikłaniami.

Tabela 2. Koszt procedury G25 – wycięcia pęcherzyka żółciowego bez powikłań

Lp.	Pozycje kosztowe	Kwota
1	Diagnostyka	207,60
2	Laboratorium analityczne	85,46
3	Elektrolity (sód, potas)	5,01
4	Glukoza	6,71
5	Mocznik	6,71
6	Kreatynina	6,71
7	Bilirubiny	6,71
8	Gonadotropina HCG	6,11
9	Alat	6,71
10	Aspat	7,00
11	Białko CPR	7,60
12	Morfologia	9,13
13	Fibrynogeny	8,94
14	Krzepliwość – czas krzepnięcia	5,01
15	VDRL	3,11
16	Serologia	73,44
17	Próba zgodności	73,44
18	Usługa RTG	31,00
19	RTG klatka piersiowa	31,00
20	Usługa EKG	17,70
21	EKG bez opisu	17,70
22	Procedura wykonana na bloku operacyjnym	1 593,47
23	Cholecystektomia laparoskopowa	1 033,92
24	Znieczulenie zewnątrzoponowe	559,55
25	Koszt pobytu i opieki medycznej oddziału chirurgii	675,68
26	Osobodzień (337,84) – 2 dni	675,68
27	Koszt leków, sprzętu jednorazowego użytku, materiałów opatrunkowych bezpośrednio przypisanych pacjentowi	24,92
28	Leki	22,28
29	Sprzęt jednorazowego użytku	1,13
30	Materiały opatrunkowe	1,51
31	Razem poniesiony koszt	2 501,67

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tabela 2 dokumentuje koszty poniesione przy realizacji procedury przedstawionej w tab. 1 – G25 wycięcie pęcherzyka żółciowego bez powikłań. Powyższe procedury muszą znaleźć się w dokumentacji pacjenta [Orliński 2008]. Porównanie przedstawionych kosztów zrealizowanych na rzecz pacjenta z możliwymi do uzyskania przychodami pozwala ocenić ekonomiczną stronę realizowanych świadczeń zdrowotnych. Poprawne kodowanie do systemu grupera danych daje szansę uzyskania pełnej kwoty gwarantującej pokrycie poniesionych kosztów. W Polsce przyjęto, że kodowaniem do systemu zajmują się sekretarki medyczne. W Niemczech

kodowaniem rozpoznań i procedur zajmuje się lekarz [Wieczorkowska 2009], co podkreśla wagę problemu i znaczenie w funkcjonującym systemie rozliczeń z płatnikiem. Z przedstawionego w tab. 1 zestawienia wynika, że nie wszystkie świadczenia mają uzasadnienie ekonomiczne dla szpitali. Pojawia się więc problem wybiórczości świadczenia usług medycznych, szczególnie przez szpitale niepubliczne, ale to może być tematem kolejnej publikacji, zważywszy że Ministerstwo Zdrowia powinno monitorować realizację świadczeń zdrowotnych przez szpitale.

Zespół pracowników naukowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w 2010 r. przeprowadził badania wśród świadczeniodawców na temat funkcjonowania JGP [Krakowiak i in. 2010]. Już wtedy sygnalizowano problem poprawności kodowania rozpoznań i procedur medycznych, oczekując, że nowy system ograniczy możliwość oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii, a także pomoże w powiązaniu finansowania z kosztami wytworzenia. Obecnie, obserwując korekty wprowadzane przez NFZ do zasad funkcjonowania systemu JGP, dostrzega się dążenie płatnika do zapewnienia jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych i uszczelnienia systemu w zakresie poprawności identyfikowania rozpoznań i procedur medycznych realizowanych i rozliczanych przez szpitale. Wprowadzane są też korekty punktowe mające na celu poprawę efektywności ekonomicznej realizowanych świadczeń szpitalnych.

4. Zakończenie

Poprawność kodowania rozpoznań i procedur medycznych w ramach funkcjonującego systemu JGP z wykorzystaniem aplikacji grupera jest istotnym problemem szpitali. Wiąże się to bowiem z możliwością uzyskania maksymalnej kwoty za zrealizowane świadczenia, co dla kondycji finansowej szpitali ma niebagatelne znaczenie. Stopień przygotowania pracowników medycznych do rozliczania procedur medycznych jest różny i wymaga bieżącego doskonalenia. Błędne kodowanie, będące w niezgodności z dokumentacją źródłową pacjenta, może doprowadzić do komplikacji w rozliczeniach z płatnikiem instytucjonalnym, jakim jest NFZ. Dobre opanowanie systemu informatycznego w zakresie wprowadzania danych (kodowania) ułatwi pracę personelowi i zapewni dostęp do środków pieniężnych z NFZ.

Literatura

- Gilewski D., 2010, *Jednorodne grupy pacjentów*, Wyd. NFZ, Warszawa.
- Krakowiak J., Kaźmierczak A., Grzelewska A., Sułkowska J., Stelmach W., 2010, *Opinie usługodawców o systemie Jednorodnych Grup Pacjentów – badanie własne*, [w:] *Problemy organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych*, red. J. Krakowiak, A. Marjański, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, t. XI, z. 7, Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi, Łódź.

- Macuda M., 2011, *Możliwości wykorzystania kalkulacji kosztów procedur medycznych według JGP na przykładzie badanego ZOZ*, [w:] Kluczowe Problemy Teorii i Praktyki Rachunkowości, red. B. Gierusz, P. Lech, t. II, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Opis działania algorytmu JGP wersja 1.1.2015, NFZ, Warszawa, styczeń 2015, <http://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/jednorodne-grupy-pacjentow/komunikaty-jgp/informacja-dotyczaca-publicacji-opisu-algorytmu-jgp>.
- Orliński R., 2008, *Wykorzystanie ewidencji pacjentów w rozliczeniach finansowych szpitali*, [w:] Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości, t. 43(99), SKwP, Warszawa.
- Plik parametryzujący, <http://jgp.uhc.com.pl/doc/AOS.4.5/icd9/index.html>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, DzU 2009, nr 140, poz. 1143, z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, DzU 2013, poz. 1520.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 391.
- Wieczorkowska A., 2009, *Nowy system rozliczeń z płatnikami w Niemczech*, „Menedżer Zdrowia”, luty, nr 1.
- Zarządzenie nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
- Zasady kodowania chorób i procedur medycznych, 2015, [http://www.archiwum.kwadryga.pl/userfiles/Zasady_kodowania_\(2\)](http://www.archiwum.kwadryga.pl/userfiles/Zasady_kodowania_(2).).