

ZN WSH Zarządzanie 2016 (2), s. 275-284

Artykuł przeglądowy

Review Article

Data wpływu/Received: 30.11.2015

Data recenzji/Accepted: 18.01.2016/5.03.2016

Data publikacji/Published: 2.06.2016

Źródła finansowania publikacji: środki własne Autora

DOI: 10.5604/18998658.1210129

Authors' Contribution:

- (A) Study Design (projekt badania)
- (B) Data Collection (zbieranie danych)
- (C) Statistical Analysis (analiza statystyczna)
- (D) Data Interpretation (interpretacja danych)
- (E) Manuscript Preparation (redagowanie opracowania)
- (F) Literature Search (badania literaturowe)

mgr Jarosław Świerkot ^F

Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej

**ZASTOSOWANIE JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW
W ZARZĄDZANIU KOSZTAMI SZPITALA PUBLICZNEGO**

**USING DIAGNOSIS-RELATED GROUPS ON COST
MANAGEMENT AT PUBLIC HOSPITAL**

Streszczenie: W artykule zaprezentowano wykorzystanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w zarządzaniu kosztami szpitala oraz dokonano charakterystyki tych kosztów. System ten oparty jest na sprawdzonych międzynarodowych klasyfikacjach chorób i procedur medycznych. Stanowi on nowoczesne rozwiązanie umożliwiające zachowanie stabilności wymiany finansowej pomiędzy stacjonarnymi podmiotami leczniczymi – szpitalami a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Słowa kluczowe: Jednorodne Grupy Pacjentów, koszty szpitala, zarządzanie kosztami, klasyfikacje kosztów, zarządzanie w ochronie zdrowia

Abstract: This article shows a Diagnosis-Related Groups system, describes some characteristic things about it and using a cost management at public hospital. This system is based on International Classification of Diseases and medical procedures. This admitted modern solution provides to stable financial exchange between hospital and National Fund of Health – NFZ.

Keywords: Diagnosis-Related Groups, hospital costs, cost management, classification of costs, management in health protection

Wstęp

Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia oraz wzrost zapotrzebowania na opiekę szpitalną przekłada się na zwiększenie efektywności pracy kadry kierowniczej w zarządzaniu kosztami szpitala publicznego. System ochrony zdrowia w Polsce znajduje się od kilku lat w okresie transformacji. W celu odizolowania się od dawnych instrumentów finansowania szpitali stworzono system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który umożliwia rzeczywiste pokrycie kosztów świadczonych usług medycznych. System ten jest wykorzystywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rozliczania kontraktów ze szpitalami. Zarządzanie kosztami szpitala publicznego oparte jest na zasadach gospodarki rynkowej, dlatego celem podmiotu leczniczego jest świadczenie wysokiej jakości usług medycznych. Jednak szpitale jako organizacje non profit¹ muszą także zachować bieżącą płynność finansową oraz być rentowne. W artykule przyjęto hipotezę, że system Jednorodnych Grup Pacjentów stanowi instrument zarządzania kosztami w szpitalu publicznym. Celem artykułu jest omówienie istoty Jednorodnych Grup Pacjentów, dokonanie charakterystyki kosztów szpitala oraz zaprezentowanie zarządzania kosztami szpitala z wykorzystaniem JGP.

1. Istota Jednorodnych Grup Pacjentów

Jednorodne Grupy Pacjentów są polskim odpowiednikiem stosowanego w krajach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) systemu DRG (ang. Diagnosis Related Groups), który jest podstawą finansowania szpitali we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. W Stanach Zjednoczonych od wielu lat prowadzono badania, których celem była standaryzacja usług medycznych. W efekcie tych badań w latach siedemdziesiątych XX wieku został opracowany przez Roberta Fettera z Uniwersytetu w Yale system Jednorodnych Grup Pacjentów. W pierwotnym systemie pacjenci jednorodni (podobni) medycznie i kosztowo podporządkowani zostali do 333 grup diagnostycznych w 54 głównych kategoriach diagnostycznych².

Istotą systemu Jednorodnych Grup Pacjentów jest przekonanie, że chociaż każdy z leczonych przypadków jest różny, to sposób leczenia go może być zbliżony wobec innych pacjentów leczonych w danym szpitalu. Dlatego też podobne może być wykorzystanie w sposobie leczenia poszczególnych zasobów materialnych (leki, strzykawki, opatrunki), rzeczowych (sprzęt medyczny) oraz zasobów personalnych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). System Jednorodnych Grup Pacjentów zalicza się do narzędzi case-mix³.

¹ Non profit oznacza brak zysku; organizacje non profit mają inne cele niż osiągnięcie zysku.

² J. Paszkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów*, Menedżer Zdrowia, Warszawa 2008, s. 2.

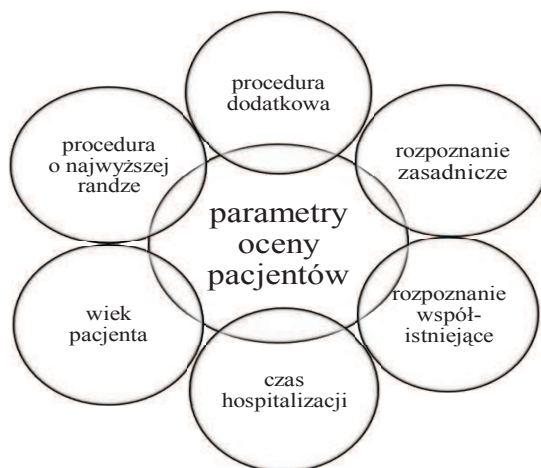
³ Case-mix – pojęcie oznaczające relatywną częstość występowania pacjentów o określonej charakterystyce

Celem JGP jest grupowanie pacjentów danego szpitala w celu sfinansowania wszystkich rodzajów pacjentów, których szpital przyjmuje. Rozliczenie pacjenta polega na przyporządkowaniu go do określonej grupy (JGP) na podstawie danych dotyczących jego hospitalizacji⁴ zawartych w jego rekordzie⁵. Zawiera on kod rozpoznania, z jakim pacjent został przyjęty do szpitala według klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) oraz kody szczegółowych elementów postępowania medycznego według ICD-9-CM (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych), w okresie leczenia szpitalnego. Należy podkreślić, że ICD-10 spełnia funkcję nadrzędną w stosunku do ICD-9⁶. W omawianym systemie nośnikiem kosztów jest procedura, wyceniona w punktach, która nie uwzględnia indywidualnych świadczeń związanych z procesem leczenia, co wiąże się z określeniem kosztów. Za pomocą systemu Jednorodnych Grup Pacjentów dokonuje się przyporządkowania pacjentów do grup o zbliżonej wycenie, diagnostyce i leczeniu. Po zakończonej hospitalizacji szpital zdejmuje sprawozdanie płatnikowi.

Podstawową zasadą grupowania pacjentów jest ocena znaczących parametrów znajdujących się w rekordzie pacjenta w celu grupowania. Należą do nich: procedura o najwyższej randze (wartości), procedura dodatkowa, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznanie współistniejące, wiek pacjenta, czas hospitalizacji⁷ (rys. 1).

Rysunek 1. Parametry oceny pacjentów

Figure 1. Assessment parameters patients



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Paszkiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów*, Menadżer Zdrowia, Warszawa 2008, s. 9.

w ogólnej liczbie pacjentów danej placówki medycznej.

⁴ Hospitalizacja jest rozumiana jako udzielenie świadczeń medycznych od momentu przyjęcia do dnia wypisu lub zgonu, bez względu na ilość oddziałów, w jakich przebywał pacjent, z wyłączeniem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

⁵ J. Paszkiewicz, *Jednorodne Grupy...*, s. 8.

⁶ M. Macuda, *Jednorodne Grupy Pacjentów w rachunku kosztów i wyników szpitala*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 30, Wrocław 2014, s. 3.

⁷ J. Paszkiewicz, *Jednorodne Grupy...*, s. 9.

W zależności od wykonywanych czynności medycznych pacjent może zostać zakwalifikowany do grupy zabiegowej (decydujące znaczenie w zakwalifikowaniu do grupy ma kod ICD-9-CM) lub do grupy zachowawczej (decydujące znaczenie o zakwalifikowaniu do grupy ma kod ICD-10). Dla każdej z nich został utworzony odrębny algorytm, według którego gruper⁸ weryfikuje przyjętych pacjentów. Dla grupy zabiegowej kolejność czynności w algorytmie jest następująca:

1. Sprawdzenie, czy wystąpiła procedura zabiegowa (co najmniej jedna spośród procedur zawartych w opisie grupy; w momencie wystąpienia kilku procedur zabiegowych program wybiera tę z najwyższą rangą),

2. przyporządkowanie procedury do odpowiedniej grupy.

Kolejność działań w algorytmie grupowania przez grupera dla grup zachowawczych to:

1. przyznanie kodu pacjentowi (rozpoznanie zasadnicze),

2. przeszeregowanie go do grupy JGP (w grupach tych nie może znaleźć się pacjent z procedurą grup zabiegowych).

2. Charakterystyka kosztów szpitala

Proces zarządzania kosztami w szpitalach publicznych jest zdeterminowany przez środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, które przeznaczone są na zabezpieczenie procesu leczenia oraz na utrzymanie majątku obrotowego. Według obowiązującego prawa⁹ działalność lecznicza ma charakter działalności gospodarczej, w związku z tym przychody szpitala muszą pokrywać poniesione koszty dla utrzymania rentowności podmiotu leczniczego. Na rynku usług medycznych Narodowy Fundusz Zdrowia ma charakter monopolisty, zmuszając tym samym dyrektorów szpitali do doskonałej znajomości kosztów. Warto wskazać, że koszty świadczeń zdrowotnych związane z organizacją opieki zdrowotnej są kosztami możliwymi do zidentyfikowania za pomocą odpowiednich technik i narzędzi rachunkowych w postaci bilansu, rachunku wyników – rachunku zysków i strat¹⁰.

Koszty w tradycyjnym ujęciu rozumiane są jako wyrażone w pieniądzu zużycie składników aktywów, usług obcych, nakładów pracy pracowników oraz niektóre wydatki nieodzwierciedlające zużycie, związane z prowadzeniem działalności przez jednostkę gospodarczą w określonej jednostce czasu w celu osiągnięcia korzyści ekonomicznych¹¹. Koszty, jakie zostają ponoszone przez szpitale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, są klasyfikowane według różnych kryteriów, które służą przedstawianiu kosztów w zróżnicowanych przekrojach wykorzystywanych w analizach i kontrolach, również w podejmowaniu decyzji.

Ze względu na charakter prowadzonej działalności, możliwość i sposób ewidencjonowania oraz rozliczania koszty można podzielić na:

⁸ Gruper JGP – program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób.

⁹ Por. ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej Dz.U. z 2015, poz. 584.

¹⁰ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2010, s. 200.

¹¹ K. Sawicki, *Ewidencja, rozliczenie i kalkulacja kosztów*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość. Zasady prowadzenia po nowelizacji ustawy o rachunkowości*, Wrocław 2001, s. 237.

- koszty podstawowej działalności operacyjnej,
- pozostałe koszty operacyjne,
- koszty finansowe – odnoszą się do działań o charakterze finansowym związanych z lokatami bankowymi, papierami wartościowymi, pożyczkami, kredytami¹².

Podstawowa działalność szpitala związana jest ze świadczeniami szpitalnymi, które są definiowane jako wykonywane przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami zdrowotnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny¹³.

W rachunkowości występuje podstawowy podział kosztów na koszty rodzajowe, takie jak:

- amortyzacja,
- wynagrodzenie,
- ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia,
- zużycie materiałów i energii,
- usługi obce,
- podatki o opłaty,
- pozostałe koszty rodzajowe¹⁴.

Typ kosztów rodzajowych określa, jakiego rodzaju koszty uznane za proste (czyli jednorodne); ponosi je podmiot gospodarczy w trakcie swojej normalnej działalności. Obejmują one całkowitą sumę kosztów danej kategorii bez uwzględnienia miejsca powstawania i celu, w jakim zostały poniesione. Zastosowanie tej procedury klasyfikacyjnej umożliwia badanie i porównanie struktury poniesionych kosztów¹⁵. Prowadzenie takiej ewidencji kosztów jest obowiązkowe dla każdego szpitala ze względu na prowadzenie ksiąg handlowych. Jak podaje M. Gmytrasiewicz, uniwersalny charakter takiego sposobu grupowania kosztów pozwala m.in. na jego wykorzystanie dla potrzeb tzw. zewnętrznej sprawozdawczości finansowej (tworzonej dla odbiorców zewnętrznych i dostarczanej im poza daną jednostką), porównanie między różnymi jednostkami czy planowanie kosztów. Z kolei istotnym mankamentem jest to, że informuje on o kosztach podstawowej działalności operacyjnej w danym okresie w sposób globalny, nie określa jednak miejsc powstawania kosztów ani też ich powiązań z produktami, na które zostały poniesione¹⁶.

Omawiana klasyfikacja kosztów stanowi filar dla pozostałych klasyfikacji kosztów, także dla układu funkcjonalno-kalkulacyjnego, który obejmuje:

- koszty działalności podstawowej,
- koszty działalności pomocniczej,
- koszty wydziałowe,

¹² M. Macuda, *Rachunek wyników szpitala z wykorzystaniem Jednorodnych Grup Pacjentów*, maszynopis, Poznań 2013, s. 102.

¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654.

¹⁴ J. Chluska, *Rachunkowość podmiotów leczniczych*, ABC, Warszawa 2014, s. 195-196.

¹⁵ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia...*, s. 201.

¹⁶ M. Gmytrasiewicz, *Encyklopedia rachunkowości*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005, s. 425.

- koszty zarządu,
- koszty sprzedaży¹⁷.

Układ funkcjonalny umożliwia grupowanie kosztów z uwzględnieniem miejsca ich powstawania. Głównym zadaniem jest zbudowanie warunków do wyceny procedur medycznych w celu finansowania świadczeń zdrowotnych według Jednorodnych Grup Pacjentów oraz do wewnętrznych analiz kosztów. Układ kalkulacyjny służy weryfikacji kosztów jednostkowych danego świadczenia zdrowotnego, określając cel poniesionego kosztu. Działalność podstawowa szpitala jest realizowana przy współpracy z komórkami organizacyjnymi (medycznymi np.: centrum diagnostyki obrazowej, laboratorium, prosektorium itp. oraz niemedyicznymi np.: kuchnia, pralnia, transport itp.), świadczącymi usługi na rzecz działalności podstawowej. Koszty powstałe przez działalność wspomnianych komórek nazywane są kosztami działalności pomocniczej. Rejestr kosztów w układzie funkcjonalno-kalkulacyjnym może stanowić uproszczony, samodzielny wariant ewidencji kosztów. Koszty zarządu to koszty zarządzania podmiotem leczniczym. W skład tej grupy kosztów kwalifikuje się takie pozycje, jak: płace z narzutami pracowników kierownictwa podmiotu i administracji, koszty biurowe, usługi ochrony mienia, koszty reprezentacji, koszty alokowane z komórek działalności pomocniczej¹⁸.

Uwzględniając kryterium reagowania kosztów na rozmiar zarządzanej placówki leczniczej, koszty można podzielić na stałe i zmienne. Koszty stałe nie są związane z jakością i ilością realizowanych świadczeń medycznych; służą planowaniu działania i określaniu rentowności szpitala. Koszty zmienne są powiązane z ilością świadczeń medycznych, jakie są realizowane przez podmiot leczniczy.

Ze względu na powiązanie kosztów z wykonywanymi świadczeniami zdrowotnymi koszty można podzielić na:

- koszty bezpośrednie – można je przypisać bezpośrednio z dokumentacji do danego produktu i związane są bezpośrednio z procesem leczenia, mogą obejmować koszty medyczne (leki i artykuły medyczne, badania diagnostyczne, konsultacje lekarskie, opiekę pielęgniarstwa, leczenie efektów ubocznych i wiele innych, włączając w to również koszty edukacji) i koszty niemedyczne (np.: opieka nad chorym), które powstają bezpośrednio w wyniku zaistniałej choroby i procesu leczenia, ale nie są bezpośrednio związane z procedurami medycznymi¹⁹;
- koszty pośrednie – występują w sytuacji braku możliwości bezpośredniego przypisania kosztu do produktu, zalicza się do nich koszty ośrodków działalności pomocniczej rozliczane odpowiednio według dobranych kryteriów podziałowych, ustalonych przez kierownika zakładu z uwzględnieniem przyjętych nośników kosztów²⁰.

¹⁷ M. Macuda, *Rachunek wyników szpitala...*, s. 104.

¹⁸ J. Chluska, *Rachunkowość podmiotów...*, s. 201.

¹⁹ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia...*, s. 201.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22.12.1998 r., Dz.U. z 1998 nr 164, poz. 1194.

3. Zarządzanie kosztami szpitala z wykorzystaniem JGP

Znaczącą rangę w zarządzaniu kosztami szpitala mają informacje o kosztach ponoszonych na działalność podmiotu leczniczego, które odnoszą się do wszystkich komórek organizacyjnych szpitala. A. Jarugowa definiuje zarządzanie kosztami jako proces ustawicznego usprawniania, który wspomaga opracowanie i zastosowanie odpowiedniej polityki zarządu i procedur postępowania oraz wymaga zbudowania systemu dopływu informacji opartych na znaczących kosztach²¹.

Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów przez kierownictwo szpitali w Polsce obejmuje:

- proces planowania budżetu,
- opracowanie wariantów kontraktów dla negocjacji z NFZ i innymi płatnikami,
- monitorowanie, kontrola i aktywne zarządzanie kosztami według JGP,
- powiązanie planowania zasobów z kontraktami i JGP (personel medyczny, produkty lecznicze, infrastruktura szpitalna – sprzęt, łóżka)²².

Planowanie kosztów szpitala z wykorzystaniem Jednorodnych Grup Pacjentów ma wiele zalet. Przede wszystkim umożliwia dysponentom funduszy publicznych uzależnienie finansowania szpitali od osiąganego przez nie poziomu efektywności, a tym samym może być zobiektywizowanym kryterium alokacji środków budżetowych pomiędzy poszczególne szpitale²³. Ponadto planowanie kosztów z zastosowaniem JGP staje się przejrzyste i racjonalne, uwzględnia się realne zużycie, co w efekcie doprowadza do zmniejszenia magazynowania materiałów medycznych, leków i sprzętu. Możliwości statystyczne systemu JGP pomagają szpitalowi w planowaniu kosztów. Wiedząc, do których JGP przyporządkowuje się statystycznie największą i najmniejszą liczbę pacjentów, można w przybliżeniu określić (biorąc przy tym pod uwagę uwarunkowania demograficzne, epidemiologiczne, a także ekonomiczne), na jakie typu usługi medyczne będzie największe zapotrzebowanie oraz jakiego rodzaju i jakiej wielkości koszty będą musiały być poniesione w celu zrealizowania tychże usług. Informacje te mogą posłużyć jako wiarygodne odniesienie przy planowaniu zapotrzebowania poszczególnych zapasów materiałowych (medycznych i niemedycznych), sprzętowych oraz określeniu ilości i struktury zatrudnienia personelu medycznego w szpitalu²⁴.

System JGP jest ukierunkowany na szpitale leczące skutecznie przy niższych kosztach. Osiągnięcie wspólnego języka przy współpracy personelu medycznego z działem organizacyjnym przyczynia się do prawidłowej organizacji pracy i sprawnego zarządzania kosztami szpitala. Grupowanie pacjentów powinno opierać się na doświadczeniu personelu medycznego z wykorzystaniem obu aspektów systemu JGP – medycznego i ekonomicznego.

²¹ A. Jarugowa, *Zarządzanie kosztami a metody rachunkowości zarządczej*, [w:] A. Jarugowa, W.A. Nowak, A. Szycha, *Zarządzanie kosztami w praktyce światowej*, ODDK, Gdańsk 1997, s. 22-23.

²² P. Ilchev, *Kierunki rozwoju serwisu „Statystyka Jednorodnych Grup Pacjentów” Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 1, s. 440.

²³ M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2012, s. 100.

²⁴ M. Macuda, *Wykorzystanie koncepcji jednorodnych grup pacjentów w planowaniu kosztów procedur medycznych*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości” 2006, nr 35, s. 101.

go. Spełniając te kryteria, można poznać realne koszty leczenia i wycenę poszczególnych grup pacjentów, którym przypisywane są wagi znane użytkownikom systemu. M. Macuda wskazuje, że ciężar odpowiedzialności za poprawność rozliczeń przesunął się w kierunku lekarzy, ponieważ tylko oni są w stanie poprawnie postawić diagnozę dla leczonego pacjenta według ICD-10 i wybrać procedurę z klasyfikacji ICD-9-CM. Jednorodne Grupy Pacjentów tworzą podstawę finansowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Przyjęte w omawianym systemie kryterium, jakim jest czas pobytu pacjenta w szpitalu, umożliwia organizację pracy oddziałów przez poznanie przybliżonego zużycia materiałów medycznych. Czas pobytu pacjenta w oddziale wpływa na zużycie leków, żywności, a także pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Stosowanie systemu JGP motywuje pracowników do realizacji wyznaczonych wcześniej celów związanych z poprawną diagnostyką, leczeniem i uczy personel medyczny świadomości kosztów²⁵. Prawidłowe zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej grupy umożliwia trafną diagnostykę oraz prawidłowe zastosowanie leczenia. Przyjęte rozwiązanie gwarantuje wysoką jakość usług medycznych, ich regularność i jednorodność wykonania na terenie całej Polski. Pozwala również na eliminację subiektywności opinii oraz pozyskiwanie jej przez ośrodki wysokospecjalistyczne.

Motywowanie pracowników do prawidłowego kodowania i wyznaczania grup zmniejszy ryzyko utraty cennych punktów przeliczanych na środki finansowe. Umiejętność zarządzania kosztami jest istotną kwestią, dlatego też kładzie się ogromny nacisk na rozpoznanie kosztów danej JGP. Koszty te bowiem są ustalone ze względu na charakter grupy, dla której przyporządkowano pacjenta z określoną jednostką chorobową oraz z uwzględnieniem ewentualnego wystąpienia patologii. Ważnym elementem jest przestrzeganie ustalonych relacji, które prezentują nakład pracy, metody terapeutyczne i poniesione koszty²⁶.

Zarządzanie kosztami szpitala z wykorzystaniem JGP ułatwia zarządowi kontrolę, efektywniejsze wykorzystanie niewykorzystanych zasobów, budżetowanie, ocenę opłacalności działalności szpitala, a w rezultacie rozsądne i dojrzałe zarządzanie kosztami. Doskonała znajomość kosztów i wyników szpitala, przy zastosowaniu systemów kontroli, wspomaga zarządzanie szpitalem przez dostarczenie menedżerom danych o przychodach, kosztach i wyniku finansowym.

Podsumowanie

W artykule, zgodnie z jego celem, dokonano omówienia istoty Jednorodnych Grup Pacjentów, zaprezentowano klasyfikację kosztów szpitala oraz omówiono zarządzanie kosztami szpitala z wykorzystaniem JGP. Przeprowadzona analiza wykorzystania Jednorodnych Grup Pacjentów w zarządzaniu kosztami pokazuje ich funkcjonalną różnorodność. Umożliwia otrzymanie od płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych odzwierciedlających realne koszty poniesione na świadczenie usług medycznych. Omówione

²⁵ B. Jędrzejak, *Specyfika kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Polska Akademia Nauk, Szczecin 2005, s. 117-132.

²⁶ M. Kautsch, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2010, s. 195.

klasyfikacje kosztów podstawowej działalności szpitala służą celom decyzyjnym i zarządczym. W zależności od potrzeb zarządczych i informacyjnych stosuje się odpowiednie kryteria doboru klasyfikacji kosztów. Zarządzanie kosztami szpitala z wykorzystaniem instrumentu, jakim jest system JGP, wymaga od świadczeniodawców wykwalifikowanej kadry medycznej i zarządczej. System ten umożliwia wiarygodną analizę kosztów szpitala, dlatego też powinien być udoskonalany, rozbudowywany, by usprawnić zarządzanie kosztami szpitala. Musi on także odpowiadać na potrzeby zmieniającego się otoczenia, takie jak np. pojawianie się nowych chorób, w szczególności chorób cywilizacyjnych.

Bibliografia

- Chluska J., *Rachunkowość podmiotów leczniczych*, ABC, Warszawa 2014.
- Dobbska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa, 2012.
- Gmytasiewicz M., *Encyklopedia rachunkowości*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005.
- Hass-Symotiuk M. (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Polska Akademia Nauk, Szczecin 2005.
- Iltchev P., *Kierunki rozwoju serwisu „Statystyka Jednorodnych Grup Pacjentów” Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 1.
- Jarugowa M., *Zarządzanie kosztami a metody rachunkowości zarządczej*, [w:] A. Jarugowa, W.A. Nowak, A. Szycha, *Zarządzanie kosztami w praktyce światowej*, ODDK, Gdańsk 1997.
- Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2010.
- Macuda M., *Jednorodne Grupy Pacjentów w rachunku kosztów i wyników szpitala*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 30, Wrocław 2014.
- Macuda M., *Rachunek wyników szpitala z wykorzystaniem Jednorodnych Grup Pacjentów*, maszynopis, Poznań 2013.
- Paszkiewicz J., *Jednorodne Grupy Pacjentów*, Menedżer Zdrowia, Warszawa 2008.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22.12.1998 r., Dz.U. z 1998 r. nr 164, poz. 1194.
- Sawicki K., *Ewidencja, rozliczenie i kalkulacja kosztów*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Rachunkowość. Zasady prowadzenia po nowelizacji ustawy o rachunkowości*, Wrocław 2001.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2010.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej Dz.U. z 2015, poz. 584.

Nota o Autorze:

mgr Jarosław Świerkot – Seminarium Doktorskie Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej. Zainteresowania naukowe koncentruje w obszarze zarządzania podmiotami leczniczymi, a w szczególności wokół problematyki zarządzania kosztami. Zawodowo Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta, Starszy Inspektor Sekcji ds. Lecznictwa.

Author's resume:

Jarosław Świerkot – Doctoral Seminar, The University in Dąbrowa Górnicza. Focuses research interests in the area of management medicinal the entity, around issues of management costs. Professionally Plenipotentiary of Director to patient rights, Inspector.

Kontakt/Contact:

Jarosław Świerkot

e-mail: jaroslaw.swierkot@vp.pl