

PRZEMYSŁAW MUĆKO
Uniwersytet Szczeciński

SPRAWOZDAWCZOŚĆ JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Wprowadzenie

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną działającą na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹. Zasadniczym zadaniem NFZ jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób ubezpieczonych oraz wybranych innych grup społecznych. Prawidłowa realizacja tego zadania wymaga wykonania szeregu działań i podejmowania decyzji istotnych z perspektywy ekonomicznej, ponieważ fundusz dysponuje środkami publicznymi, oraz z perspektywy społecznej, z uwagi między innymi na humanistyczne aspekty opieki zdrowotnej. Na potrzeby realizowanych zadań, działań i podejmowanych decyzji NFZ gromadzi znaczne zasoby informacyjne.

Celem artykułu jest analiza tych zasobów w kontekście zadań NFZ oraz potrzeb informacyjnych jego organów.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2007, nr 166, poz. 1172; ostatnia zm.: DzU 2009, nr 178, poz. 1374, dalej zwana ustawą o świadczeniach.

1. Systemy finansowania ochrony zdrowia a polski model systemu zdrowotnego

Obecna struktura i zadania NFZ wynikają z przyjętych założeń konstrukcji systemu zdrowotnego w Polsce, w szczególności z zastosowanych mechanizmów finansowania świadczeń.

Systemy ochrony zdrowia można przedstawić w spektrum od modelu liberalnego, w którym sam rynek decyduje o zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych, do modelu scentralizowanego, w którym państwo i jego agendy dysponują zasobami systemu i ustalają reguły dostępu do świadczeń. Z uwagi na specyficzne cechy rynku usług zdrowotnych², a w szczególności charakter wytwarzanego na nim dobra, w większości państw funkcjonuje model mieszany, łączący elementy rynkowe wspomagające efektywne wykorzystanie zasobów, ze szczegółową regulacją działalności jednostek sektora. Tradycyjnie wymienia się cztery modele systemu zdrowotnego³: amerykański, niemiecki, brytyjski i rosyjski.

W modelu amerykańskim (rynkowym) państwo jest pozbawione znaczącej odpowiedzialności za opiekę zdrowotną obywateli, którzy sami decydują o ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz mają całkowitą swobodę przy wyborze świadczeniodawców i ubezpieczycieli⁴. W modelu niemieckim (Bismarcka) istnieje obowiązek ubezpieczenia oraz płacenia składek. Ubezpieczeni mają prawo do ustalonych świadczeń oraz wyboru świadczeniodawców. Modele brytyjski (Beveridge'a) i rosyjski (Siemaszki) określa się też mianem modeli zaopatrzeniowych. Na państwie spoczywa obowiązek dostarczenia wszystkim potrzebującym obywatelom świadczeń opieki zdrowotnej, opłacanych z ogólnych wpływów budżetu państwa (podatkowych). Państwo kontroluje całość systemu. Jest właścicielem jego zasobów, pracodawcą personelu medycznego oraz ustala reguły dostępu ludności do świadczeń. W każdym modelu inne są funkcje płatników i ich zadania, inne też ich potrzeby informacyjne.

² Por. J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 369–384.

³ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 46–47.

⁴ Faktyczny system amerykańskiej opieki zdrowotnej zmienił się znacząco w wyniku reform. Por. *Signed, sealed, delivered*, „Economist” 2010, iss. 8675, vol. 394, s. 31–32.

Polski system zdrowotny wzorowany był na modelu niemieckim⁵. Płatnicy świadczeń, czyli wcześniejsze kasy chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia, gromadzą środki pochodzące z obowiązkowych składek. Następnie finansują świadczenia udzielane ubezpieczonym oraz innym grupom wskazanym w przepisach. Świadczeniobiorcy mają dużą swobodę w wyborze świadczeniodawców. Po stronie podaży świadczeń funkcjonują elementy rynkowe. Świadczeniodawcy występują w konkursach na świadczenie opieki zdrowotnej finansowanej przez płatnika. Obecnie, z uwagi na to, że istnieje jeden duży płatnik dysponujący zdecydowaną większością środków publicznych, posiada on nieproporcjonalnie dominującą pozycję.

2. Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia

W polskim systemie ochrony zdrowia NFZ gra rolę płatnika świadczeń zdrowotnych („trzeciej strony”). Zadaniem funduszu jest przede wszystkim finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶. Aby zapewnić ubezpieczonym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, konieczne jest zawarcie umów ze świadczeniodawcami, a to z kolei wymaga:

- a) określenia kryteriów oceny jakości i dostępności świadczeń, koniecznych przy formułowaniu warunków konkursów i zawierania umów oraz przy monitorowaniu i rozliczaniu zawartych umów;
- b) ustalenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, przydatnych przy podejmowaniu decyzji o alokacji środków między różne umowy (konkursy).

Ponadto zadaniem NFZ jest zarządzanie środkami funduszu, które nie ogranicza się do sprawnego zarządzania gotówką, ale wymaga takiego dysponowania ograniczonymi środkami funduszu, aby uzyskać jak najlepsze efekty, czyli jak najlepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką⁷. Realizacja tego zadania wymaga przeprowadzania szeregu analiz oraz gromadzenia na ich potrzeby wielu danych.

⁵ K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, Ch.A. Gericke, *Political analysis of the conception of the Polish National Health Fund*, „Journal of Public Health” 2008, iss. 2, vol. 16, s. 153–159; K. Tymonska, *Health care under transformation in Poland*, „Health Policy” 2001, vol. 56, s. 85-98.

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach..., art. 97.

⁷ Por. K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Oficyna a Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 696.

3. Potrzeby informacyjne NFZ

W celu prawidłowej realizacji zadań, w szczególności na poziomie wojewódzkim, NFZ powinien gromadzić następujące zbiory informacji⁸:

1. Dotyczące świadczeniobiorców:

- a) o liczności, strukturze i poziomie stanu zdrowia populacji zamieszkującej region – na potrzeby oceny potrzeb zdrowotnych;
- b) o populacji ubezpieczonych i statusie ubezpieczenia poszczególnych osób – na potrzeby oszacowania wpływów z tytułu składki, rozliczenia świadczeń finansowych w ramach kontraktów wyłącznie dla osób ubezpieczonych oraz oceny potrzeb zdrowotnych.

2. Dotyczące świadczeniodawców:

a) o ich zasobach:

- strukturze,
- infrastrukturze,
- wyposażeniu,
- zatrudnieniu

na potrzeby oceny ich potencjału do realizacji świadczeń w procesie kontraktowania (*ex ante*), możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności oraz *ex post* i na bieżąco w celu oceny realizacji kontraktu (jakości, dostępności opieki);

b) o ich działalności:

- realizowanych świadczeniach, wykonywanych kontraktach – na potrzeby oceny realizacji kontraktów, zasadności udzielanych świadczeń oraz prognozowania wypłat z tytułu zawartych umów;
- o kosztach działalności świadczeniodawców i kosztach związanych z realizacją poszczególnych rodzajów świadczeń – na potrzeby wyceny kontraktów oraz stymulowania poprawy efektywności środków wydatkowych na usługi zdrowotne⁹.

⁸ J. Jasłowski, *System informacyjny jako narzędzie do prowadzenia racjonalnej polityki ochrony zdrowia na poziomie regionalnym*, w: *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Prace Naukowe AE w Katowicach, Katowice 2005, s. 307.

⁹ Można dyskutować, czy przedstawione zadanie jest celem OW NFZ. Niewątpliwie ceny proponowane przez NFZ powinny odzwierciedlać koszty uzasadnione realizacji świadczeń, a znajomość ich kosztów sprzyja efektywności alokacji środków pomiędzy różne obszary ochrony zdrowia finansowane ze środków publicznych.

3. O świadczeniach dostępnych dla ubezpieczonych

- co wynika z prawa ubezpieczonych do informacji o dostępności świadczeń.

Informacje pozwalające na ocenę potrzeb zdrowotnych ludności i popytu na usługi zdrowotne NFZ pozyskuje w procesie monitorowania realizacji kontraktów, poprzez analizę zakończonych kontraktów (w szczególności nadwykonań i ewentualnych niewykorzystanych limitów) oraz od innych podmiotów systemu ochrony zdrowia gromadzących odpowiednie informacje o charakterze statystycznym (medyczne, epidemiologiczne). Informacje dotyczące świadczeniodawców NFZ pozyskuje samodzielnie, od świadczeniodawców, na podstawie uprawnień określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia¹⁰. Informacje o populacji ubezpieczonych NFZ pozyskuje od ZUS i KRUS na poziomie centralnym.

Warto zauważyć, że spośród wymienionych potrzeb informacyjnych tylko informacje kosztowe tworzone są w systemie rachunkowości ZOZ.

4. Informacje potrzebne do wyceny świadczeń opieki zdrowotnej

Wycena świadczeń opieki zdrowotnej jest zagadnieniem skomplikowanym, z uwagi na złożoność procesów i zasobów koniecznych do jej wykonania. Na poziomie zakładów opieki zdrowotnej wymaga wieloprzekrojowego grupowania kosztów:

- a) w układzie rodzajowym, o szczegółowości wystarczającej do dalszego rozliczania kosztów i ich kontroli w przekroju pozostałych klasyfikacji; znaczenie klasyfikacji rodzajowej kosztów wynika z fundamentalnej dla konstrukcji systemu rachunku kosztów konieczności odzwierciedlenia przede wszystkim kierunków wykorzystania zasobów¹¹;

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw, DzU 2005, nr 266, poz. 2249; ostatnia zm.: DzU 2006, nr 242, poz. 1757.

¹¹ Por. D.W. Young, *Management accounting in health care organizations*, Jossey-Bass 2008.

- b) w układzie podmiotowym, zgodnym z odpowiednim rozporządzeniem ministra zdrowia¹², w podziale na koszty bezpośrednio i pośrednie¹³;
- c) w układzie przedmiotowym, ostatecznym rezultacie rachunku kosztów.

Układ przedmiotowy kosztów determinuje szczegółowość pozostałych klasyfikacji, ponieważ w największym stopniu realizuje on potrzeby informacyjne odbiorców informacji kosztowych. Wspomniane rozporządzenie ministra zdrowia ustala nośniki kosztów służące do dalszego rozliczania kosztów w układzie przedmiotowym. Są nimi¹⁴:

- osobodzień leczenia w oddziałach szpitalnych,
- pacjent – w oddziałach szpitalnych w odniesieniu do leków i procedur medycznych do niego przypisanych,
- procedury medyczne – w pozostałych ośrodkach działalności podstawowej,
- usługi świadczone przez ośrodki działalności pomocniczej – w tych ośrodkach.

Ostatecznym przedmiotem odniesienia kosztów w ZOZ są jednostki rozliczeniowe płatnika. Kalkulacja kosztów wytworzenia tych jednostek może być podstawą ustalania cen przez płatnika.

Aktualnie stosowane są różne jednostki rozliczeniowe w kontraktach z NFZ, jednak około połowy budżetu NFZ przeznaczona na leczenie szpitale, które rozliczane jest za pomocą tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP). O zaliczeniu przypadku do grupy JGP decyduje kilka czynników. Podstawowym parametrem pozwalającym zakwalifikować hospitalizację jest tzw. znacząca procedura zabiegowa. Procedury zabiegowe wyznacza się zgodnie z międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD-9. Jeżeli wykonano więcej niż jedną znaczącą procedurę, program grupujący wybierze procedurę o najwyższej randze. W odniesieniu do dużej części grup zabiegowych znacząca procedura zabiegowa jest jedynym parametrem decydującym o kwalifikacji. Kwalifikacja do pozostałych grup wymaga uwzględniania innych informacji:

- wykonanych procedur dodatkowych,
- rozpoznań zasadniczych i ewentualnie współistniejących,

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1998, nr 164, poz. 1194.

¹³ *Ibidem*, par 2 ust. 3.

¹⁴ *Ibidem*, par 1 ust. 3.

- czasu hospitalizacji,
- wieku pacjenta.

Wymienione informacje determinują ostateczną wysokość kosztu leczenia pacjenta i dlatego są brane pod uwagę przy kwalifikacji przypadków do poszczególnych grup diagnostycznych.

Jednorodne grupy pacjentów są trudnym przedmiotem kalkulacji kosztów. Z jednej strony odpowiednie oprogramowanie (tzw. gruper) ułatwia przydział przypadku po wypisie do odpowiedniej grupy. Koszty przypisane pacjentowi można więc przypisać odpowiedniej JGP. Jednak z drugiej strony dokładna kalkulacja *ex ante* kosztów JGP na potrzeby kontraktowania świadczeń wymaga przyjęcia wielu założeń dotyczących między innymi liczby leczonych pacjentów, świadczonych im procedur głównych i dodatkowych, w zależności od rozpoznań zasadniczych i współistniejących. Kalkulację kosztów bezpośrednich procedur medycznych można przeprowadzić na podstawie odpowiednich standardów postępowania medycznego lub analizując szczegółowo koszty poniesione na wykonanie procedury¹⁵. Rozliczenie kosztów rzeczywistych, pośrednich i bezpośrednich może odbywać się w sposób uproszczony, proporcjonalnie do bezpośrednich kosztów normatywnych¹⁶. Do ich zastosowania konieczne jest wcześniejsze ustalenie kosztów normatywnych. Ostateczny rezultat kalkulacji kosztów jednorodnych grup pacjentów będzie uzależniony od zastosowanych uproszczeń w zakresie rozliczania kosztów.

Praktycznym rozwiązaniem problemu jest kalkulacja kosztów świadczeń na podstawie tzw. punktów, które pozwalają sprowadzać do jednej jednostki różnorodne świadczenia realizowane w ZOZ. Ustalenie kosztu jednostkowego punktu nie nastręcza problemu i może stanowić cenny wkład do analiz kosztowych zakładów o porównywalnej strukturze świadczeń. Problem wyceny kosztów pozostaje jednak w tym przypadku przesunięty na etap wyceny punktowej świadczeń. Wzajemne relacje punktów różnych JGP muszą wynikać z różnic w ilości i wartości zasobów wykorzystywanych przy realizacji świadczeń, czyli korzystać z kalkulacji kosztów procedur realizowanych na potrzeby pacjentów przypisanych do konkretnych JGP.

¹⁵ Przypadek takiej analizy zawiera praca M. Hass-Symotiuk, *Kalkulacja kosztów świadczeń medycznych*, w: *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, ODDK, Gdańsk 2008, s. 514–525.

¹⁶ J. Gierusz, M. Cygańska, *Budżetowanie kosztów działań w szpitalu*, ODDK, Gdańsk 2009, s. 96–107.

5. Dane gromadzone w systemach informacyjnych NFZ

Realizacja zadań stojących przed NFZ wymaga zgromadzenia wielu informacji. Można mówić o trzech zasadniczych kanałach przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia:

1. NFZ gromadzi przede wszystkim informacje na potrzeby realizacji swojego zadania płatnika, ubezpieczyciela finansującego ze środków publicznych usługi zdrowotne.
2. Organy założycielskie pełnią funkcję nadzoru nad majątkiem ZOZ służącym realizacji świadczeń w celu zapewnienia efektywności gospodarowania mieniem publicznym¹⁷.
3. Administracja rządowa (wojewoda, statystyka publiczna, Ministerstwo Zdrowia) gromadzi dane o charakterze statystyczno-medycznym na potrzeby formułowania i realizacji polityki zdrowotnej, w tym pozwalających na ocenę stanu zdrowia ludności i ich potrzeb zdrowotnych. Wojewodowie mają ponadto zadanie oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa.

Stan faktyczny przepływów informacji jest bardziej złożony. Kanałów jest wiele, co wynika z wielości ośrodków decyzyjnych i rozproszenia odpowiedzialności w systemie ochrony zdrowia¹⁸. W szczególności NFZ gromadzi szeroki zakres informacji na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia. W zakresie tym znajdują się informacje o¹⁹:

- a) ubezpieczonych;
- b) osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- c) świadczeniobiorcach innych niż ubezpieczeni;
- d) składkach na ubezpieczenie zdrowotne oraz o płatnikach tych składek;
- e) świadczeniodawcach:
 - którzy złożyli oferty, przystąpili do rokowań lub zgłosili gotowość zawarcia umowy,
 - z którymi fundusz zawarł umowę,
 - którzy udzielili świadczenia w trybie nagłym;

¹⁷ Ponadto realizują inne cele, zasadzające się na znaczeniu ZOZ w środowisku lokalnym lub regionalnym.

¹⁸ Por. J. Jasłowski, *op.cit.*, s. 292, rys. 1.

¹⁹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r..., par. 2.

- f) przebiegu postępowania w sprawie zawarcia umowy;
- g) zawartych umowach i ich rozliczaniu;
- h) umowach upoważniających do wystawiania recept na refundowane leki lub wyroby medyczne;
- i) listach oczekujących przekazywanych przez świadczeniodawców;
- j) osobach objętych podstawową opieką zdrowotną;
- k) receptach na refundowane leki i wyroby medyczne, refundowanych leków i wyrobów medycznych oraz o aptekach realizujących recepty na refundowane leki i wyroby medyczne;
- l) innych aspektach działalności ustawowej funduszu w zakresie wymaganym do sporządzenia okresowych sprawozdań z działalności funduszu.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰ nakładają na świadczeniodawców obowiązek rozliczania się z NFZ na podstawie raportów statystycznych. Raporty statystyczne zawierają przede wszystkim dane o kwalifikacji świadczeń zgodnie z algorytmem JGP oraz o²¹:

- a) rozpoznaniu zasadniczym i nie więcej niż trzech rozpoznaniach współistniejących, według klasyfikacji ICD-10;
- b) istotnych procedurach medycznych, łącznie z datą ich wykonania, według wskazanej przez fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

Wybrane rodzaje świadczeń wymagają składania dokładniejszych informacji, które umożliwiają kontrolę kwalifikacji przypadków do tych rodzajów²².

Uwagi końcowe

NFZ gromadzi olbrzymie ilości informacji koniecznych do realizacji zadań nałożonych na tę instytucję ustawowo. System informatyczny funduszu służący gromadzeniu informacji wciąż podlega doskonaleniu, a w praktyce wciąż występują różne niedociągnięcia. Spośród wymienionych wcześniej potrzeb informacyjnych jedynym zasadniczym zbiorem informacji, które nie są gromadzone w sposób systematyczny od wszystkich świadczeniodawców, są informacje

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU 2008, nr 81, poz. 484.

²¹ Zarządzenie nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, par. 13.

²² Por. *ibidem*, par. 14.

o kosztach zakładów realizujących świadczenia. Zgodnie z przepisami²³ fundusz dokonuje wyceny świadczeń na podstawie informacji pozyskanych od wybranych świadczeniodawców w ramach umów o współpracy. Gromadzone informacje kosztowe mają służyć jako wzorce kosztowe, a więc ustalone ceny mają charakter kosztów docelowych dla pozostałych zakładów. Faktyczne koszty pozostałych świadczeniodawców pozostają poza sprawozdawczością i kontrolą funduszu.

Wydaje się, że decyzja o pozostawieniu globalnych danych kosztowych poza systemem informacyjnym funduszu wynika z przyjętej koncepcji systemu zdrowotnego i etapów jego ewolucji. Finansowanie świadczeń odbywa się wyłącznie do wysokości kwoty wskazanej w umowie między funduszem a świadczeniodawcą. Świadczeniodawcy mogą wystąpić o sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, jeżeli w innym zakresie świadczeń nie wykonano zaplanowanych świadczeń. Powszechne problemy z finansowaniem tzw. nadwykonań kontraktów pozwalają przypuszczać, że limity stanowią główny instrument kontroli kosztów funduszu. Warto jednak zauważyć, że jest to instrument kontroli kosztów w skali makro, na poziomie budżetu całego funduszu. Narzucenie limitu wartości środków przekazywanych świadczeniodawcom, niezależnie od potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych, pozwala utrzymywać koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie zaplanowanej w budżecie. Ryzyko niedostosowania kontraktu do potrzeb zdrowotnych obciąża w tej sytuacji ZOZ.

Powszechna sprawozdawczość kosztowa obejmująca wszystkich świadczeniodawców pozwoliłaby na zastosowanie narzędzi kontroli kosztów na poziomie mikro, takich jak *benchmarking*. Wydaje się, że niewykorzystanie narzędzi kontroli kosztów na poziomie mikro jest efektem przyjętego przy konstrukcji systemu zdrowotnego założenia o dużej samodzielności zakładów opieki zdrowotnej. Kadra zarządzająca ZOZ ma za zadanie tak sterować kosztami, aby równoważyć koszty z przychodami, bez pomocy narzędzi zewnętrznych. Jest to sytuacja typowa dla podmiotów prywatnych, które mają wypracować zysk w celu przetrwania i dalszego rozwoju. Należy jednak pamiętać, że większość środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wciąż trafia do zakładów publicznych. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem nadzór na efektywnością gospodarowania środkami SP ZOZ nie należy do zadań NFZ, tylko jest domeną organów założycielskich. Te jednak najczęściej sprawują nadzór na jednym szpitalu (starostwa powiatowe) lub sprawują nadzór nad

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., par. 14.

jednostkami zróżnicowanymi i trudnymi do porównania (urzędy marszałkowskie). Powszechna sprawozdawczość kosztowa z pewnością mogłaby stanowić przydatne narzędzie kontroli kosztów, jak również umożliwiłaby zastosowanie bardziej złożonych narzędzi sterowania kosztami ZOZ. Sprzyjałoby to realizacji zadania efektywnego gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na świadczenia opieki zdrowotnej, będącymi w dyspozycji NFZ.

Literatura

- Baka K., Machulak G., Pietraszewska-Macheta A., Sidorko A., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Oficyna a Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Gierusz J., Cygańska M., *Budżetowanie kosztów działań w szpitalu*, ODDK, Gdańsk 2009.
- Hass-Symotiuk M., *Kalkulacja kosztów świadczeń medycznych*, w: *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, ODDK, Gdańsk 2008.
- Jaśłowski J., *System informacyjny jako narzędzie do prowadzenia racjonalnej polityki ochrony zdrowia na poziomie regionalnym*, w: *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Prace Naukowe AE w Katowicach, Katowice 2005.
- Krajewski-Siuda K., Romaniuk P., Gericke Ch.A., *Political analysis of the conception of the Polish National Health Fund*, „Journal of Public Health” 2008, iss. 2, vol. 16, s. 153–159.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw, DzU 2005, nr 266, poz. 2249; ostatnia zm.: DzU 2006, nr 242, poz. 1757.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU 2008, nr 81, poz. 484.
- Signed, sealed, delivered*, „Economist” 2010, iss. 8675, vol. 394, s. 31–32.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Tymowska K., *Health care under transformation in Poland*, „Health Policy” 2001, vol. 56, s. 85–98.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2007, nr 166, poz. 1172; ostatnia zm.: DzU 2009, nr 178, poz. 1374.

Young D.W., *Management accounting in health care organizations*, Jossey-Bass 2008.

Zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

dr Przemysław Mućko
Uniwersytet Szczeciński
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Instytut Rachunkowości
ul. Mickiewicza 64, 71-101 Szczecin
Przemyslaw.Mucko@wneiz.pl

HEALTH CARE ORGANIZATIONS' REPORTING FOR THE POLISH NATIONAL HEALTH FUND

Summary

The paper describes the content of the information sets of the polish National Health Fund at the background of the general characteristics of the polish model of health system. The vast amount of data gathered by the Fund lacks only cost information. The Fund is obliged by law to assess the prices it offers health service providers, but the assessment is made on the basis of selected providers. The whole system lacks precise cost controlling instrument, and cost control is executed only at the micro level.

Translated by Przemysław Mućko