



Piotr Lenik

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. S. Pigoń w Krośnie
Instytut Politechniczny
Zakład Zarządzania
Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
piotr.lenik@vp.pl

EFEKTY ZASTOSOWANIA KARTY KONTROLNEJ JAKO NARZĘDZIA ZARZĄDZANIA KONTRAKTEM W SZPITALU PUBLICZNYM – STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie: W artykule zaprezentowano przykład wdrożenia w szpitalu publicznym koncepcji jednego z narzędzi TQM – karty kontrolnej. Zaadaptowano ją w celu uzyskania lepszej kontroli nad realizacją poszczególnych procedur medycznych w ramach limitów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozwiązanie wdrożono m.in. w dążeniu do poprawy efektywności zarządzania przez naczelne kierownictwo oraz kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych (oddziałów), skuteczniejszego planowania i organizowania zasobów, jak również zmniejszania kosztów związanych z realizacją nie w pełni kontrolowanych ponadlimitowych świadczeń medycznych, tzw. nadwykonań. Porównano również rezultaty osiągnięte w okresie jednego roku od wdrożenia tego narzędzia w stosunku do lat poprzednich.

Słowa kluczowe: karta kontrolna, kompleksowe zarządzanie jakością, publiczna służba zdrowia, szpital, koszty, nadwykonania (ponadlimitowe świadczenia medyczne).

Wprowadzenie

Jednym z istotnych czynników mających wpływ na niekorzystną sytuację finansową wielu zakładów opieki zdrowotnej, w tym m.in. wielospecjalistycznych szpitali, jest brak skutecznego narzędzia pozwalającego naczelnemu kierownictwu poszczególnych podmiotów na bieżącą, systematyczną kontrolę poziomu ilościowego wykonania zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń medycznych.

Chodzi o nie w pełni kontrolowany proces realizacji kontraktu determinowanego umowami z płatnikiem usług medycznych oraz nader częste występowanie sytuacji przekraczania przez zakłady opieki zdrowotnej limitów wynikających z podpisanych umów. Prowadzi to do występowania tzw. nadwykonań, których realizacja stanowi poważne obciążenie kosztowe dla lecznic, w konsekwencji stające się przedmiotem negocjacji, sporów, a nawet spraw sądowych pomiędzy usługodawcami a płatnikiem. Narodowy Fundusz Zdrowia, o ile bowiem ma obowiązek rozliczania niektórych świadczeń, określanych jako nielimitowane, niezależnie od wielkości określonej limitem umowy, to w przypadku wielu innych – już nie¹. Praktyka w tym zakresie dowodzi, że przekroczone ustalone umowami limity rozliczane są i refundowane na ogólnym poziomie rzadko przekraczającym 50%. Oznacza to, że im wyższe świadczenia ponadlimitowe w stosunku do kontraktu określonego przez umowy z NFZ, tym wyższe mogą być straty szpitala. Kwestia ta nie ogranicza się wyłącznie do troski indywidualnych podmiotów, ale co roku staje się niebagatelnym problemem dla NFZ, a przez to całego systemu opieki zdrowotnej. Corocznie bowiem w skali kraju tzw. nadwykonania przekraczają poziom kilku miliardów złotych.

Należy podkreślić, że dużo łatwiej nadzorować wykonanie kontraktu w przypadku realizacji w miarę jednorodnych świadczeń medycznych, jak to ma miejsce w przypadku podmiotów monospecjalistycznych. Jednak w przypadku wielospecjalistycznych szpitali, wykonujących różnorodne i zróżnicowane procedury, posiadających w swojej strukturze kilkanaście czy nawet kilkadziesiąt różnych oddziałów szpitalnych, problematyka ta stanowi poważne i niełatwe wyzwanie².

Powtarzalność przedmiotowego problemu wskazuje na konieczność podejmowania działań, które mogłyby w konkretny sposób zahamować tę trudną i niekorzystną sytuację. Celowe wydaje się więc wdrażanie w podmiotach służby zdrowia rozwiązań pozwalających na ograniczenie kosztów, a z drugiej strony – stanowiących narzędzie kontrolne wobec bieżących postępów w realizacji kontraktu, a także stwarzających możliwość szybkiej identyfikacji odchyleń oraz w miarę płynnej reakcji i korekty działań w poszczególnych obszarach funkcjonowania danego podmiotu.

¹ Na szerszy kontekst tego problemu zwraca uwagę m.in.: M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 116-117.

² Problem potęguje również specyfika kultury organizacyjnej w szpitalach publicznych – por. L. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 100.

Ze względu na powyższe w jednym z wielospecjalistycznych szpitali publicznych zaadaptowano i zmodyfikowano na jego potrzeby koncepcję karty kontrolnej Shewharta (w zasadzie – ideę karty kontrolnej). Wdrożenie przedmiotowego narzędzia zakładało monitorowanie przebiegu wykonania kontraktu w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz wykrywanie zagrożeń (m.in. wykraczające poza ustalone granice wartości nadwykonań i niewykonań) oraz stwarzanie możliwości podejmowania skutecznych działań korygujących ze stosownym wyprzedzeniem.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie założeń, a także sposobu opracowania i wdrożenia oraz funkcjonowania przedmiotowego narzędzia w praktyce, jak również ukazanie wybranych rezultatów uzyskanych po okresie jednego roku od zastosowania narzędzia w porównaniu do lat poprzednich. Jako metodę badawczą przyjęto retrospektywną analizę przypadku ze względu na autorski i innowacyjny sposób wykorzystania karty kontrolnej, zaadaptowanej przez autora artykułu w celu ograniczenia występujących od lat ponadlimitowych kosztochłonnych świadczeń szpitalnych w zarządzanym przez niego szpitalu.

Wobec narzędzia, jakim jest karta kontrolna poziomu realizacji kontraktu, sformułowano następujące tezy odnoszące się do pozytywnych spodziewanych skutków jego wdrożenia, m.in.:

- sprawniejsze identyfikowanie odchyłeń w poziomie realizacji kontraktu przez poszczególne oddziały szpitalne,
- bieżące reagowanie na występujące odchylenia, zarówno w obszarze tzw. nadwykonań, jak również tzw. niewykonań, poprzez działania podejmowane na poziomie oddziałów (korygowanie odchyłeń) lub tzw. przesunięcia pomiędzy limitami w ramach oddziału, a także między oddziałami,
- efektywniejsze planowanie pracy przez kierowników/ordynatorów poszczególnych oddziałów szpitalnych (możliwość programowania tzw. przyjęć planowych, zgodnych z wykresem wzorcowym karty kontrolnej, z jednoczesnym zachowaniem buforu dla tzw. nagłych przyjęć nieplanowanych),
- lepszą pozycję negocjacyjną w kontekście aneksowania kontraktu bieżącego już w trakcie jego realizacji,
- ograniczenie nadwykonań zarówno na poziomie globalnym, jak również w poszczególnych oddziałach szpitalnych.

1. Karta kontrolna jako narzędzie kontrolujące i stabilizujące proces

Karty kontrolne Shewharta są jednymi z pierwszych, najstarszych, a jednocześnie najpopularniejszych narzędzi stosowanych w *Total Quality Management*. Ogólnie mają one za zadanie okresowe ustalanie, czy dany proces przebiega

zgodnie z zakładanym planem lub na ile nastąpiło odchylenie od pierwotnych założeń. Funkcjonowanie narzędzia opiera się najczęściej na pobieraniu próbek o danej liczebności w określonych odstępach czasu. Na kartach zamieszczone są parametry statystyczne, obliczane na podstawie pomiaru w próbce podlegającej kontroli, co pozwala na odczytanie stanu faktycznego oraz ustalenie, czy wszystko przebiega zgodnie z założeniami. Zadaniem kart Shewharta jest więc dostarczenie w przejrzystej, graficznej postaci informacji o tym, czy proces jest stabilny, czy też wymaga regulacji³.

Narzędzie to pozwala na wykrywanie ewentualnych zakłóceń, które dzięki temu mogą być eliminowane w taki sposób, aby proces (lub produkt) mógł poprawnie funkcjonować. Karta służy m.in. do oceny stabilności procesu, określenia, kiedy proces wymaga regulacji, a kiedy należy zostawić go bez zmian, potwierdzenia udoskonalenia procesu oraz rozróżnienia zmienności losowej i nielosowej ze względu na dane przyczyny.

W sektorze przedsiębiorstw, przy budowaniu kart kontrolnych, dane są najczęściej otrzymywane z dokonywanych pomiarów parametrów procesu produkcyjnego lub cech wyrobów w regularnych odstępach czasowych lub ilościowych. W praktyce częstotliwość oraz wielkość pobieranej do analizy próby powinny być z góry ustalone i gwarantować uzyskanie wiedzy na temat wszystkich istotnych zachodzących zmian. Zmiany te są na bieżąco nanoszone na wykres graficzny, składający się z linii centralnej oraz z dwóch skrajnych linii kontrolnych (górną – GLK i dolną – DLK). Strefa środkowa odpowiada obserwacjom zgodnym z prognozą, natomiast strefy zewnętrzne, jako niezgodne – interpretowane są jako wymagające korekty⁴. Niejednokrotnie pomiędzy liniami skrajnymi wyznacza się dodatkowo górną granicę ostrzegawczą – GLO i dolną granicę ostrzegawczą – DLO. Obie linie służą do ostrzegania o grożącym wyjściu parametru procesu lub badanej cechy poza granice kontrolne.

Czynniki powodujące niezgodności w badanym procesie przedstawione są na karcie kontrolnej w postaci punktów niemieszczących się w wyznaczonym przedziale (poza liniami kontrolnymi) lub jako wyraźne sekwencje następujących po sobie punktów (nad lub pod linią wartości średnich, a także rosnących lub malejących). Wyjście wartości nadzorowanej poza linie kontrolne ma powodować uruchomienie działań mających na celu skalibrowanie systemu. Jednocześnie uzyskuje się bieżące dane na temat charakterystyki odchyleń i trendów. Dzięki analizie kart kontrolnych można stwierdzić, czy zmiany zakłócające dany

³ A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, WN PWN, Warszawa 2005, s. 287.

⁴ J.M. Myszewski, *Po prostu jakość*, WPiA, Warszawa 2009, s. 129.

proces wynikają z przyczyn naturalnych (czynniki losowe naturalne nierozdzielalne z danym procesem – np. niejednorodność materiału, zmienna w czasie koncentracja pracownika itp.) lub też przyczyn specjalnych, które występują systematycznie lub sporadycznie i dają sygnał do znalezienia oraz eliminacji zakłóceń w badanym procesie (czynniki losowe systematyczne lub sporadyczne/specjalne – np. stale postępujące zużycie maszyny lub pojawiające się przypadkowo wyłamanie ostrza w obrabiarce)⁵.

Ogólny model karty kontrolnej pozwala, na podstawie stanu wybranych cech lub parametrów procesu, śledzić przebieg badanego czynnika oraz oceniać, czy ewentualne wahania średniej lub innej miary statystycznej kontrolowanych cech są na tyle znaczące, że oznaczają trwałe rozregulowanie procesu. Ponadto narzędzie to sygnalizuje różne niebezpieczeństwa rozregulowania procesu poprzez pojawienie się na karcie kontrolnej pewnych symptomów, np. w postaci punktów poza tzw. granicami kontrolnymi lub ich niedopuszczalnych sekwencji, łatwych do zauważenia przez operatora procesu. Mocną stroną narzędzia jest również to, że wykrycie zagrożenia z wyprzedzeniem daje czas na podjęcie skutecznego działania korygującego. Warto zaznaczyć, że pojawienie się symptomów rozregulowania procesu nie jest równoznaczne z przekroczeniem przez obserwowany parametr procesu lub cechy granic kontrolnych. Pojawienie się na karcie symptomu oznacza jednak, że zmiany, czasem o nieznanym jeszcze charakterze, powodują gorszy przebieg procesu, niż wynika to z jego naturalnych możliwości⁶.

Główne zalety karty kontrolnej, tzn. połączenie uniwersalności zastosowania z prostotą oraz łatwością wdrażania, przyczyniły się do tego, że karta kontrolna do dnia dzisiejszego jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi pozwalających na monitorowanie stabilności procesów zapewniających odpowiednią jakość szeroko rozumianych produktów. Współcześnie jej zastosowanie wykracza często ponad podstawowy cel – wspieranie stabilności procesów. Jest także wykorzystywana do utrzymywania w granicach bezpieczeństwa limitów ilościowych. To, a także inne narzędzia stosowane w przemyśle stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowania instytucji publicznych, w tym również szpitali⁷.

⁵ A. Hamrol, op. cit., s. 289.

⁶ M. Chełkowska, *Zarządzanie jakością*, <http://ww.nzs.szczecin.pl> (dostęp: 18.01.2014) – materiał powielony.

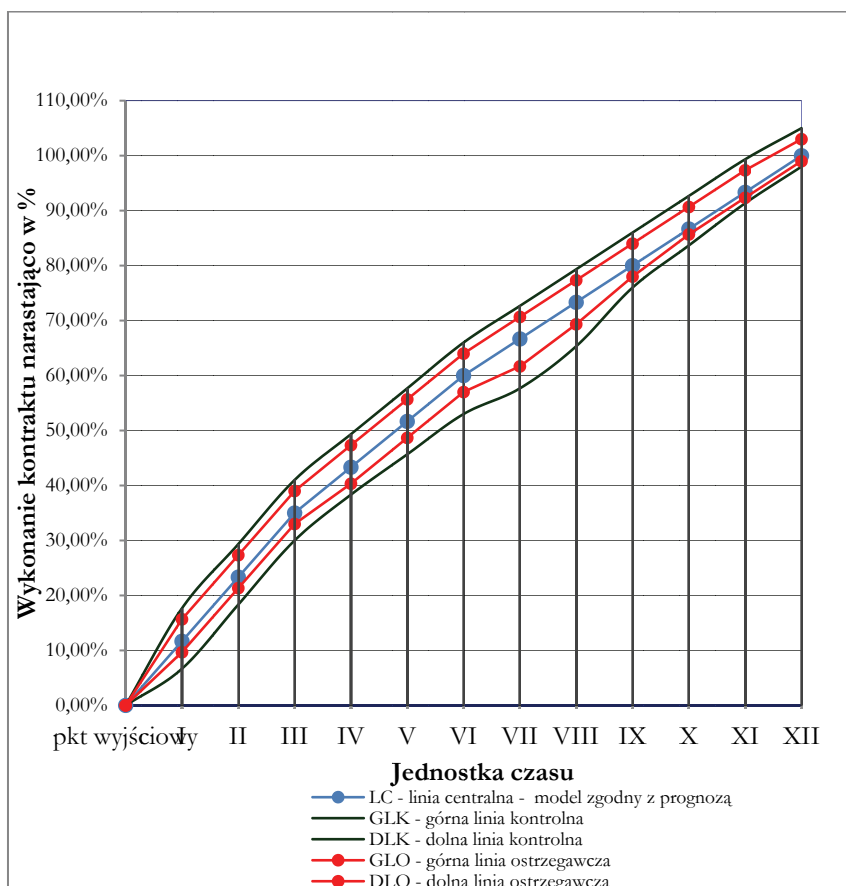
⁷ Tematykę przenoszonych na grunt szpitalny rozwiązań z przemysłu opisuje m.in. J. Stępniewski, P. Karnej, M. Kęsy, *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

2. Metodyka wdrożenia zaadaptowanej na potrzeby szpitala karty kontrolnej

Koncepcję karty kontrolnej zastosowano w 2013 r. w dużym wielospecjalistycznym publicznym szpitalu wojewódzkim, posiadającym w ramach struktury organizacyjnej 23 oddziały szpitalne oraz ponad 30 poradni specjalistycznych. Dla potrzeb lecznicy opracowano kilka różnych wariantów kart kontrolnych, uwzględniających specyfikę poszczególnych komórek organizacyjnych. Przyjęto model ogólny, wyznaczający przebieg linii centralnej dla poziomu realizacji kontraktu na koniec każdego kwartału: I kwartał – 35% limitu wartości kontraktu, II kwartał – 60% limitu wartości kontraktu, III kwartał – 80% limitu wartości kontraktu, IV kwartał – 100% limitu wartości kontraktu. W przypadku większości oddziałów górną linię kontrolną wyznaczono dla końca roku kalendarzowego na poziomie 105%, zaś dolną linię kontrolną – na poziomie 98%. W przypadku ambulatoriów – odpowiednio: 110% i 98%. W przypadku oddziałów realizujących świadczenia nielimitowane nie wprowadzono do karty kontrolnej górnej linii kontrolnej, natomiast górna linia ostrzegawcza miała służyć jedynie monitorowaniu realizacji kontraktu z perspektywy kosztów tzw. nadwykonań. Karty kontrolne naniezione zostały na wykresy graficzne, składające się z następujących linii:

- LC – linia centralna – oznacza wykonanie kontraktu zgodne z określoną przez NFZ wartością,
- GLO – górna linia ostrzegawcza – służy do ostrzegania o grożącym wyjściu procesu poza granice kontrolne (tj. GLK),
- DLO – dolna linia ostrzegawcza – służy do ostrzegania o grożącym wyjściu procesu poza granice kontrolne (tj. DLK),
- GLK – górna linia kontrolna – oznacza maksymalne dopuszczalne nadwykonanie w granicach bezpieczeństwa,
- DLK – dolna linia kontrolna – oznacza minimalne dopuszczalne niewykonanie w granicach bezpieczeństwa.

Wytyczne przykładowej karty kontrolnej do realizacji kontraktu w ciągu pełnego roku kalendarzowego prezentuje rys. 1.



Rys. 1. Model karty kontrolnej dla przykładowego oddziału szpitalnego

Źródło: Materiały wewnętrzne opracowane pod kierownictwem autora.

Powyższe wartości procentowe dla każdego ośrodka odpowiedzialności zostały indywidualnie przeliczone na wartości kwotowe (w zł) oraz wartości punktowe zgodnie z przyznanym przez NFZ limitem. Kierownicy (ordynatorzy) oddziałów otrzymali indywidualne karty uwzględniające limity (punktowe i kwotowe) do zrealizowania przez oddział w poszczególnych miesiącach (tabela 1).

Tabela 1. Wytyczne dla comiesięcznej realizacji kontraktu (w punktach i złotych) przykładowego oddziału szpitalnego

Miesiąc	Plan realizacji kontraktu narastająco w %	Plan realizacji kontraktu narastająco w pkt	DLO – dolna linia ostrzegawcza w pkt	GLO – górna linia ostrzegawcza w pkt
I	11,67%	17 974,06	14 897,51	24 141,05
II	23,33%	35 948,13	32 860,78	42 104,32
III	35,00%	53 922,19	50 839,47	60 083,01
IV	43,33%	66 759,93	62 131,99	72 916,12
V	51,67%	79 597,66	74 980,52	85 764,65
VI	60,00%	92 435,40	87 813,63	98 597,76
VII	66,67%	102 706,51	95 008,19	108 873,50
VIII	73,33%	112 977,63	106 809,10	119 133,82
IX	80,00%	123 248,74	120 166,02	129 409,56
X	86,67%	133 519,85	131 982,35	139 685,30
XI	93,34%	143 790,97	142 258,08	149 961,03
XII	100,00%	154 059,00	152 518,41	158 680,77

Źródło: Materiały wewnętrzne opracowane pod kierownictwem autora.

Metody badania systemu oparto na wykorzystaniu comiesięcznych kart narastającego poziomu realizacji procedur w poszczególnych oddziałach szpitala. Monitorowanie wykonania kontraktu powierzono wyspecjalizowanej komórce organizacyjnej odpowiedzialnej za nadzór nad świadczeniami medycznymi, natomiast nadzór nad bieżącym monitorowaniem kosztów powierzono właściwej komórce do spraw controllingu. Pomiaru dokonywano w okresach miesięcznych, a w przypadku okresowego przekroczenia linii kontrolnych – do dwóch razy w miesiącu.

W przypadku przekroczenia przez dany ośrodek odpowiedzialności progu GLO lub DLO wyspecjalizowana jednostka monitorująca zawiadamiała o tym fakcie ordynatorów/kierowników właściwych komórek organizacyjnych. Ci natomiast, po uzyskaniu z właściwych komórek współpracujących konkretnych informacji na temat przyczyn odchyleń, mogli podejmować stosowne działania celem przywrócenia poziomu realizacji kontraktu zgodnie z określoną przez NFZ wartością. Funkcjonujące narzędzia monitoringu powiązано także z systemem okresowych premii, które w przypadku kierowników/ordynatorów oddziałów szpitalnych, poza brany pod uwagę wynikiem finansowym konkretnego ośrodka odpowiedzialności, uzależniono również od wykonania przez poszczególne oddziały limitów określonych w kartach kontrolnych. Przy powiązaniu nadzoru nad realizacją kontraktu z systemem premiowym przekroczenie progów

GLO lub DLO, określone np. pomiarem półrocznym (w połowie i na koniec roku), stanowiło podstawę do ograniczenia premii dla poszczególnych kierowników, a w przypadku przekroczenia linii kontrolnych – całkowitego jej pozbawienia. Przekroczenie progów GLO mogło jedynie nastąpić w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego osobie potrzebującej natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (na podstawie art. 15 Ustawy o działalności leczniczej) lub w przypadku obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego wynikającego z obowiązujących przepisów prawa. W takich okolicznościach na kierowniku komórki organizacyjnej (ordynatorze) spoczywał obowiązek udokumentowania udzielenia takiego świadczenia zdrowotnego poprzez stosowne wpisy w dokumentacji medycznej i statystycznej (rozliczeniowej).

3. Rezultaty wdrożenia karty kontrolnej

Określenie przez kartę kontrolną limitów wykonania kontraktu w okresach badawczych spowodowało, że po pierwszym półroczu, dla którego przyjęto wskaźnik osiągnięcia ponad 50% realizacji całego kontraktu, uzyskano ogółem 55,07% poziomu wykonania kontraktu. Tym samym znacznie zredukowano tzw. niewykonania. Wypracowana w pierwszym półroczu sytuacja ułatwiła dyrekcji szpitala podjęcie rozmów z właściwym oddziałem NFZ na temat renegotjowania kontraktu w obszarach, w których dochodziło do największych przekroczeń w ramach przyznanych limitów. Równocześnie dążono do skalibrowania procesu poprzez korygujące działania wewnętrzne. W ciągu całego drugiego półrocza, gdy realizowano kontrakt zgodnie z kartą kontrolną, następowało stopniowe aneksowanie *in plus* limitów dla poszczególnych zakresów świadczeń. Takie krzyżowe działanie spowodowało, że w analizowanym okresie wartość aneksowanego kontraktu globalnego wzrosła w ciągu roku kalendarzowego dodatkowo o 2,41 punkty procentowe. Jednocześnie, podejmując korygujące działania wewnętrzne, na koniec roku doprowadzono do wykonania kontraktu na poziomie 100,6%.

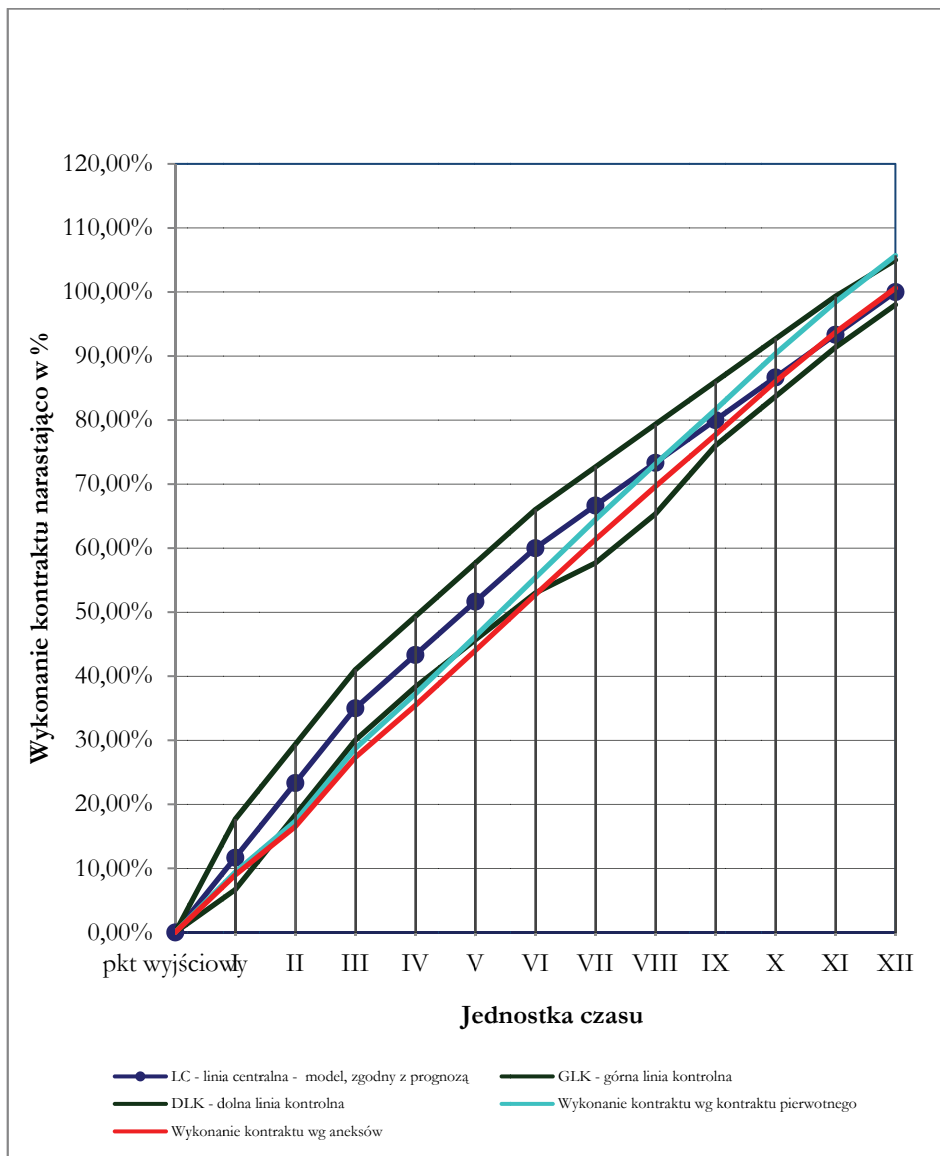
Opisywaną sytuację prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Przebieg poziomu realizacji całościowego kontraktu w badanym szpitalu (w zł)

zł	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ogółem
Kontrakt pierwotny	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	7 993 298,70	95 919 584,34
Kontrakt wg aneksów	7 993 298,70	7 993 298,70	8 203 525,34	8 214 104,46	8 237 594,28	8 316 634,28	8 329 224,35	8 422 022,51	8 422 022,51	8 422 022,50	8 437 964,01	9 760 843,73	100 752 555,37
Wykonanie kontraktu	9 025 812,82	7 616 625,61	10 890 425,68	8 168 763,67	8 647 550,12	8 767 839,48	8 689 932,51	8 342 560,26	8 125 746,66	8 383 627,18	7 745 608,44	6 957 182,45	101 361 674,88
Zmiana kontraktu wg aneksów w stosunku do kontraktu pierwotnego	100,00%	100,00%	102,63%	102,76%	103,06%	104,05%	104,20%	105,36%	105,36%	105,36%	105,56%	122,11%	105,04%
Procentowe wykonanie kontraktu w stosunku do wprowadzonych aneksów	112,92%	95,29%	132,75%	99,45%	104,98%	105,43%	104,33%	99,06%	96,48%	99,54%	91,79%	71,28%	100,60%

Źródło: Ibid.

Kartę kontrolną, skorygowaną o wartość kontraktu na koniec roku kalendarzowego, przedstawiono na rys. 2.



Rys. 2. Stopień realizacji kontraktu w 2013 r.

Źródło: Ibid.

Podstawowymi rezultatami związanymi z wdrożeniem w szpitalu publicznym karty kontrolnej było: zmniejszenie niewykonań, znaczna redukcja nadwykonań oraz bardziej celowe niż dotychczas przesunięcia pomiędzy limitami w ramach oddziału, a także między oddziałami. Dodatkowe efekty zaobserwowane od momentu wdrożenia karty kontrolnej w badanym szpitalu to m.in.:

- wzrost wartości kontraktu w przeciągu roku kalendarzowego,
- zmniejszenie kosztów w obszarze zużycia materiałowego,
- zwiększenie odsetka wykazywanych przez oddziały szpitalne procedur określanych jako ratujące życie,
- wzrost świadomości kierownictwa oraz kadry medycznej w obszarze zarządzania operacyjnego i taktycznego.

Wybrane osiągnięte rezultaty w 2013 r. w porównaniu z poprzednimi latami prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Wielkość i poziom realizacji kontraktu w szpitalu w latach od 2008 do 2013 r. (rok, w którym zastosowano kartę kontrolną)

Parametr	2009	2010	2011	2012	2013
Wartość kontraktu z NFZ na koniec roku kalendarzowego (w zł)	91 191 035	86 207 622	87 513 124	92 600 757	100 752 555
Wzrost/spadek (w %)	- 1,0	-5,0	+2,0	+6,0	+9,0
Wartość nadwykonań (w mln zł)	2,7	1,6	6,1	5,3	0,6
Udział nadwykonań w wartości kontraktu (w %)	3,0	1,9	7,0	5,8	0,6

Źródło: Ibid.

Nadzór nad realizacją kontraktu za pomocą kart kontrolnych, poza wymiarem ekonomicznym, ma także poważny walor społeczny. Kontrola bieżąca tzw. nadwykonań oraz działania korygujące w tym zakresie ułatwiają ochronę szpitala przed ryzykiem nagłego ograniczenia lub całkowitego braku przyjmowania pacjentów po przekroczeniu kontraktu w ramach limitu określonego przez NFZ. Taka sytuacja często ma miejsce w czwartym kwartale roku i bywa, że prowadzi do unikania przyjmowania pacjentów nieplanowych. Wdrożenie karty kontrolnej stwarza lepszą możliwość, z wyprzedzeniem, planowania przyjęć na oddział w danym roku kalendarzowym w poszczególnych kwartałach czy miesiącach. Pozwala również na pozostawienie kierownictwu poszczególnych oddziałów właściwego marginesu na tzw. sytuacje nieplanowe i nagle przypadki.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych powyżej danych można stwierdzić, że w badanym szpitalu wydaje się celowe stosowanie karty kontrolnej udoskonalanej w kolejnych latach o wypracowane z badanego roku wnioski. Oczywiście istnieje także możliwość przenoszenia tego narzędzia do innych jednostek służby zdrowia zainteresowanych ograniczaniem nadwykonań. Należy jednak zwrócić uwagę na pewien istotny problem. Otóż ograniczanie ponadlimitowych świadczeń medycznych może być bardzo celowe w sytuacji podmiotów, które realizują kontrakt na poziomie swoich zdolności organizacyjnych. Jednakże znaczna część szpitali jest niedoszacowana i realizuje kontrakty sporo poniżej swoich faktycznych możliwości, które w sektorze przedsiębiorstw można byłoby nazwać produkcyjnymi. Wiąże się to m.in. z wysokimi stałymi kosztami pracy i przychodami z NFZ, które nie pozwalają dostatecznie ich pokryć. Powyższa sytuacja generuje wysokie koszty stałe w stosunku do przychodów uzyskiwanych w ramach kontraktu z NFZ, co w konsekwencji prowadzi do bardzo dużych trudności w obszarze zbilansowania finansowego podmiotu. To natomiast staje się przyczynkiem do celowego przekraczania przez lecznice limitów, bowiem nadwykonania księgowane są po stronie przychodów. Pozwalają więc, przynajmniej księgowo, poprawić wynik finansowy⁸. Stwarzają również perspektywę na chociażby częściowe odzyskanie poniesionych kosztów w przyszłości.

Pomimo to niekorzystna kondycja finansowa wielu szpitali publicznych determinuje konieczność podejmowania działań, które w określonym czasie mogłyby przyczynić się do uzdrowienia istniejącej niezadowolającej sytuacji. Oprócz wielu czynników zewnętrznych, takich jak zależność funkcjonowania podmiotów od uzyskanego kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia czy niekorzystna wycena poszczególnych procedur medycznych (nieopłacalnych dla świadczeniodawców), co ogólnie wpływa *a priori* na funkcjonowanie poszczególnych oddziałów szpitalnych, do istotnych zaliczyć należy również efektywność pracy kadry zarządzającej. Według zapisów ustawy o działalności leczniczej za sytuację w podmiocie odpowiada jednoosobowo dyrektor szpitala. Nie bez znaczenia jest więc delegowanie odpowiedzialności w dół – na kierowników/ordynatorów oddziałów w taki sposób, aby aktywniej i kreatywniej włączali się oni w działania na rzecz podmiotu publicznego, a także nabyli większe kompetencje w zakresie zarządzania operacyjnego i taktycznego⁹.

⁸ Por. m.in. J. Stępniewski (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 195 i 258-259.

⁹ Por. Z. Nęcki, M. Kęsy (red.), *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 77-88 i K. Walshe, J. Smith, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 326-327.

Literatura

- Asaka T., Ozeki K., *Handbook of Quality Tools: The Japanese Approach*, Productivity Press, Cambridge 1990.
- Chełkowska M., *Zarządzanie jakością*, <http://ww.nzs.szczecin.pl> (dostęp: 18.01.2014) – materiał powielony.
- Głowacka M.D., Mojs E. (red.), *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, WN PWN, Warszawa 2005.
- Myszewski J.M., *Po prostu jakość*, WPiA, Warszawa 2009.
- Nęcki Z., Kęsy M. (red.), *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Stępniewski J. (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Stępniewski J., Karnej P., Kęsy M., *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Sułkowski Ł., Seliga R., *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012.
- Walshe K., Smith J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

EFFECTS OF IMPLEMENTING OF CHECK CARDS AS INSTRUMENTS OF MANAGEMENT AT REALIZATION OF CONTRACT IN PUBLIC HOSPITAL – CASE STUDY

Summary: The article describes the example of accustoming in public hospital one of the TQM instrument – check card. It was adapted for obtainment of better control over realization of individual medical procedures within the limits determined by National Fund of Health. Among others, solution was implemented for improvement of efficiency of management by principal management and the managers at the level of individual organizational units (wards), better planning and organizing resources, as well as reducing costs tied with the realization of unchecked extra medicine procedures. It perform comparison of result achieved in period of one year from improvement the instrument relatively to former years.

Keywords: check card, total quality management, public health service, hospital, costs, overspending medical procedures.