

POKRYCIE FINANSOWE TZW. PAKIETU ONKOLOGICZNEGO PRZEZ PUBLICZNEGO PŁATNIKA A SYTUACJA EKONOMICZNA SZPITALI

Jerzy Michalak

e-mail: jerzy.michalak@umwd.pl

DOI: 10.15611/noz.2017.3.03

JEL Classification: I 190, M100

Streszczenie: Wprowadzenie pakietu onkologicznego, czyli procesowego podejścia do leczenia pacjenta od momentu wykrycia nowotworowych zmian chorobowych do ostatniej interwencji medycznej, miało na celu przyspieszenie podjęcia właściwego leczenia, a tym samym zwiększenie jego skuteczności z punktu widzenia pacjenta. W dyskusjach nad pakietem znacznie mniej miejsca poświęcono zagadnieniom finansowania wszystkich działań z nim związanych. Celem artykułu jest ocena wpływu wprowadzenia pakietu onkologicznego na sytuację ekonomiczną szpitali na przykładzie wybranej dużej placówki medycznej na Dolnym Śląsku. Analiza danych przeprowadzona w artykule wykazała negatywny wpływ wprowadzonych zmian na sytuację ekonomiczną szpitali, co sugeruje potrzebę ponownego przestudiowania problematyki i zaproponowania dodatkowych źródeł finansowania działalności podmiotów leczniczych.

Słowa kluczowe: pakiet onkologiczny, efektywność ekonomiczna, szpital.

1. Wstęp

Poniższy artykuł jest próbą zestawienia podstawowych danych finansowych wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) obrazującą wpływ wprowadzenia procedur tzw. pakietu onkologicznego na efektywność ekonomiczną tychże jednostek.

Sytuacja finansowa szpitali z roku na rok pogarsza się pomimo rosnących każdego roku nominalnych nakładów na służbę zdrowia. Coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne na wysokim poziomie, rosnące koszty bieżącej działalności (m.in. wzrost wynagrodzeń, coraz nowocześniejszy sprzęt wymagający nakładów na bieżącą obsługę i serwis, nowoczesne leki i materiały), przy jednoczesnym obniżaniu wycen świadczeń i limitowaniu ich liczby, doprowadzają do systematycznego pogarszania się sytuacji ekonomicznej szpitali. Ma to negatywny wpływ zarówno na jakość świadczeń, jak i ich dostępność. Każdego dnia w mediach pojawiają się informacje o mierzonym w latach czasie oczekiwania na zabiegi. Jest to efekt wymuszenia na szpitalach limitowania świadczeń. Pogarszającą się sytuację ekonomiczną szpitali obra-

zują podstawowe dane finansowe za lata 2013-2015 przedstawione w tab. 1.

Tabela 1. Wybrane dane finansowe SPZOZ (organ tworzący: Samorząd Województwa Dolnośląskiego) [kPLN]

	2013	2014	2015
Przychody	1 368 335	1 407 316	1 448 634
Wynik operacyjny	-10 216	-26 199	-37 750
Wynik finansowy netto	4 282	-17 026	-35 170
EBITDA	85 843	69 339	55 835

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dynamiczny wzrost liczby zachorowań na nowotwory oraz sytuacja szpitali wymusiły wprowadzenie tzw. pakietu onkologicznego, mającego na celu wykonanie kompleksowej diagnostyki i wdrożenie leczenia chorych onkologicznych w czasie 7 tygodni od momentu postawienia wstępnej diagnozy. Aby zmotywować szpitale do sprawnej obsługi pacjentów objętych pakietem, świadczenia z nim związane nie są limitowane pod warunkiem dotrzymania ram czasowych. Jest to o tyle ważne, że w wypadku schorzeń onkologicznych czas jest bardzo istotnym czynnikiem decydującym o rokowaniach pacjenta.

2. Zachorowania na nowotwory złośliwe. Podstawowe rozwiązania pakietu onkologicznego

W roku 2013 rozpoznano 149 908 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym 11 978 przypadków na Dolnym Śląsku, co stanowi 8% ogółu przypadków. To oznacza, że na każde 10 tys. kobiet przypada ponad 2,8 tys. przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe i niezłośliwe, a statystycznie na 10 tys. mężczyzn 3,4 tys. przypadków [GUS 2013, s. 60-61].

Na nowotwory umiera w Polsce coraz więcej osób. W 1980 r. na 10 tys. ludności umierało 17 osób, a już w 2014 r. liczba ta zwiększyła się do 26 przypadków. Najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe, w tym przede wszystkim: nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (23% zgonów spowodowanych nowotworami), jelita grubego (7% zgonów spowodowanych nowotworami), nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (6% zgonów spowodowanych nowotworami) oraz nowotwory złośliwe układu moczowego (6% zgonów spowodowanych nowotworami) [GUS 2016, s. 322].

Najsukuteczniejszą metodą walki z nowotworami jest ich możliwie wczesna wykrywalność połączona z leczeniem o charakterze skojarzonym, tj. wykorzystującym, w zależności od wskazań medycznych, pełną gamę środków leczniczych: radioterapię, chemioterapię i chirurgiczne leczenie onkologiczne. Tak rozumiana szybka terapia onkologiczna jest sposobem na wczesne wykrycie zmian nowotworowych, co znacznie zwiększa szanse wyleczenia pacjentów. Została ona wprowadzona w Polsce 1 stycznia 2015 roku jako odpowiedź na problemy organizacyjne polskiej służby zdrowia, z którymi – poza zmaganiem z samą chorobą – są zmuszeni walczyć chorzy.

Leczenie onkologiczne wymaga szczególnego podejścia, przede wszystkim ze względu na czas, który odgrywa kluczową rolę. To, w jakim stadium nowotwór zostanie zdiagnozowany, bezpośrednio przekłada się na życie pacjenta. Im wcześniej zostanie zdiagnozowany przypadek nowotworu złośliwego, tym większe szanse na przeżycie i umożliwienie powrotu do zdrowia.

Szybka terapia onkologiczna jest nowym rozwiązaniem organizacyjnym, które koncentruje się na sprawnym i możliwie najszybszym przeprowadzeniu pacjenta przez poszczególne etapy diagnostyki i leczenia. Szybka terapia onkologiczna nie stanowi programu zdrowotnego w rozumieniu art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych środkami publicznymi (Dz.U. 2016 r., poz. 1793, z późn. zm.), jest zaś je-

dynie potocznym określeniem aktów prawnych, które wprowadzają ten program. W ramach pakietu została powołana odrębna kategoria pacjentów, którzy oczekują na udzielenie świadczeń w ramach onkologicznej opieki zdrowotnej. Program umożliwia kompleksową opiekę dla pacjentów zdiagnozowanych z nowotworem złośliwym lub podejrzewanych o wystąpienie tej choroby i udzielanie im nielimitowanych świadczeń.

Szybka terapia onkologiczna ma na celu poprawę dostępności diagnostyki oraz leczenia złośliwych nowotworów, jak również zwraca uwagę na usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego przez wyznaczenie koordynatora, czyli osoby organizującej leczenie pacjenta na kolejnych etapach i wprowadzenie karty leczenia onkologicznego wraz z wyznaczeniem maksymalnych terminów na realizację poszczególnych świadczeń (od momentu zgłoszenia się do specjalisty pacjent onkologiczny musi w ciągu 9 tygodni zostać skierowany na badania umożliwiające postawienie diagnozy). Zniesione zostały również limity na diagnostykę i leczenie, co pozwoli usprawnić proces leczenia pacjentów onkologicznych.

Niewątpliwą i zasadniczą korzyścią wprowadzenia pakietu onkologicznego jest maksymalne skrócenie czasu od diagnozy bądź podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego do momentu rozpoczęcia procesu leczenia. Newralgiczny dla pacjentów onkologicznych czas wymusza natychmiastowe podjęcie leczenia, co stanowi założenie tego programu. Ponadto pakiet pozwala na uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia i jego szybkie przeprowadzenie, obniża koszty leczenia dzięki wykryciu nowotworu we wczesnym stadium oraz zmniejsza śmiertelność pacjentów onkologicznych [<http://pakietonkologiczny.gov.pl/o-terapii/>].

Rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej jest możliwe po zgłoszeniu się pacjenta do lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) lub lekarza specjalisty w AOS (poradni ambulatoryjnej). Następnie lekarz prowadzi dokładny wywiad, ocenia stan pacjenta i zleca ewentualne badania. W przypadku podejrzenia bądź diagnozy nowotworu pacjent otrzymuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i w zależności od umiejscowienia schorzenia zostaje skierowany do specjalisty bądź do onkologa [<http://pakietonkologiczny.gov.pl/karta/>].

3. Efektywność ekonomiczna w szpitalach

Efektywność ekonomiczna jest ukierunkowana na działanie, które ma na celu osiągnięcie optymalnego efektu przy zastosowaniu najmniejszej ilości zasobów. Osiągnięcie najlepszego rezultatu skupia się zatem na optymalnej alokacji i ograniczaniu marnotrawstwa

zasobów, którymi dysponuje w swojej działalności podmiot gospodarczy bądź w szerszym ujęciu dany sektor lub gospodarka [Rudawska, Urbańczyk (red.) 2012, s. 206-211].

Efektywność ekonomiczna ma wiele znaczeń. W zależności od perspektywy można zdefiniować to pojęcie na wiele sposobów. W literaturze dotyczącej nauk ekonomicznych w efektywności ekonomicznej dąży się do osiągnięcia efektywności zarówno technologicznej, jak i alokacyjnej. W literaturze nauk o zarządzaniu można wyróżnić podejścia: celowościowe, systemowe i wielokryteriowe. Efektywność celowościowa skupia się na realizacji ustalonego celu, mniejsze znaczenie ma poziom wykorzystania zasobów. Efektywność systemowa traktuje efektywność jako umiejętność dostosowania się do turbulentnego otoczenia i kreowania go zgodnie z obranym kierunkiem. Podejście wielokryterialne zwraca uwagę na osiąganie wyznaczonych celów dzięki spełnieniu konkretnych wymagań i utrzymaniu wyznaczonych standardów [Rudawska, Urbańczyk (red.) 2012, s. 206-211].

Efektywność stanowi jedną z podstawowych i najważniejszych kategorii oceny działalności jednostek gospodarczych. Ze względu na ograniczone zasoby finansowe i organizacyjne przeznaczone na ochronę zdrowia, a przez to brak możliwości pełnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, coraz większą wagę przykłada się do dążenia do efektywności świadczenia usług zdrowotnych. W krajach rozwiniętych udział wydatków na zdrowie w PKB znacznie się zwiększa. Wynika to między innymi z dynamicznie rozwijających się technologii medycznych oraz starzenia się społeczeństw.

Dla porównania zgodnie z wynikami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 106,0 mld zł i były one wyższe niż w poprzednim roku o ok. 5 mld zł. Wydatki na ochronę zdrowia stanowiły w 2013 r. 6,38% PKB wobec 6,25% PKB w roku wcześniejszym [GUS 2014, s. 141].

Efektywność stanowi miarę poniesionych nakładów w stosunku do osiągniętych efektów. Można ją zatem rozważać w kategoriach maksymalizacji zysków bądź ograniczania ponoszonych kosztów. Efektywność ekonomiczną można więc podzielić na: techniczną i alokacyjną. Efektywność techniczna opiera się na zdolności do unikania strat, czyli osiągnięciu maksymalnej wielkości produkcji przy określonych nakładach lub minimalizacji nakładów przy określonej wielkości produkcji. Z kolei efektywność alokacyjna opiera się na zdolności do łączenia wyników i nakładów w najlepszych możliwych proporcjach przy określonych warunkach cenowych. W podmio-

tach leczniczych ze względu na trudno mierzalny efekt ich działalności, jakim jest poprawa stanu zdrowia populacji, przeważa pojęcie technicznej efektywności prowadzonej działalności.

Efektywność w opiece zdrowotnej opiera się zatem na ogólnym założeniu, że ponoszone nakłady rzeczowe, kadrowe i finansowe powinny pozwalać na osiągnięcie maksymalnie pozytywnych efektów lub świadczenie maksymalnej liczby świadczeń. Efekty osiąmane w działalności podmiotów leczniczych można rozpatrywać dwojako. Po pierwsze, efektywność może być pojmowana jako wytwarzanie świadczeń zdrowotnych, a po drugie, jako proces produkcji zdrowia, którego efektem będzie poprawa bądź zachowanie stanu zdrowia. W pierwszym ujęciu efektywność zakłada ponoszenie nakładów rzeczowych, kadrowych i finansowych, a w drugim ponoszenie nakładów obejmujących nie tylko standardowy zakres opieki zdrowotnej, ale również czynniki społeczne i ekonomiczne [Rudawska, Urbańczyk (red.) 2012, s. 206-211]. Pojęcie efektywności jest ściśle związane z pojęciem rentowności, gdzie rentowność np. sprzedaży (rozumiana jako zwrot ze sprzedaży) traktowana jest jako miernik sukcesów przedsiębiorstwa na rynku [Prędkiewicz i in. 2014, s. 30]. Tak jednak nie dzieje się w opiece zdrowotnej, szczególnie finansowanej ze środków publicznych. Otóż efektem końcowym środków finansowych zainwestowanych w opiekę zdrowotną (świadczenia medyczne) powinien być zdrowy obywatel (wieloletnia przeżywalność), a nie tylko odpowiednio wyliczony wskaźnik ekonomiczny [Węgrzyn 2013, s. 17].

Na Dolnym Śląsku świadczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej są realizowane w 1302 rodzajach świadczeń specjalistycznych w blisko 400 placówkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w 209 rodzajach świadczeń specjalistycznych w 50 szpitalach [<http://www.nfz-wroclaw.pl/default2.aspx?obj=47408%3b46746&des=1%3b2&eev=2>, dane z 15.01.2015].

Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. w budżecie samorządu terytorialnego Dolnego Śląska wyniosły 289,6 mln zł, z czego w województwie dolnośląskim wydatkowano 52,2 mln zł. Więcej środków na ochronę zdrowia w ramach wydatków samorządowych przeznaczyły jedynie województwa mazowieckie i śląskie [GUS 2014, tab. 82].

4. Pakiet onkologiczny w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu

Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) jest samodzielnym, publicznym zakładem opieki zdrowotnej o charakterze referencyjnym. Zostało powołane

w 1954 r. DCO udziela na terenie województwa dolnośląskiego wszechstronnych, wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
- rehabilitacji,
- opieki paliatywnej,
- profilaktyki pierwotnej i wtórnej,
- promowania zdrowia.

W ramach DCO kształci się przed- i podyplomowym personel medyczny, prowadzona jest działalność naukowo-badawcza związana z rozwojem onkologii, DCO stanowi też nadzór specjalistyczny w województwie.

DCO jako główny ośrodek onkologiczny województwa dolnośląskiego realizuje w pełni świadczenia z zakresu pakietu onkologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, takie jak:

- wstępna diagnostyka onkologiczna,
- pogłębiona diagnostyka onkologiczna,
- zabieg operacyjny w ramach diagnostyki pogłębionej,
- konsylia,
- pełnoprofilowe leczenie onkologiczne.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej DCO realizuje świadczenia w zakresie:

- poradni chemioterapii,
- poradni radioterapii,
- poradni ginekologii onkologicznej,
- poradni profilaktyki chorób piersi,
- poradni chirurgii onkologicznej.

O postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w stosunku do pacjenta onkologicznego decyduje konsylium złożone z wielodyscyplinarnej grupy specjalistów ze wszystkich dziedzin onkologii. Dodatkowo w zależności od sytuacji klinicznej, a w szczególności przy obciążeniu chorobami współistniejącymi pacjenta, do zespołu mogą być włączeni specjaliści z innych dziedzin medycyny. Zadaniem konsylium jest planowanie i koordynacja procesu leczenia pacjenta onkologicznego polegające przede wszystkim na:

- określeniu programu terapeutycznego,
- ustaleniu rodzajów zabiegów i terapii z określeniem terminów i warunków ich stosowania.

Główne zespoły terapeutyczne działające w DCO zajmują się następującymi nowotworami:

- piersi,
- przewodu pokarmowego,
- narządu rodowego,
- głowy i szyi,
- mózgu,
- układu moczowego,
- hematologicznymi,
- czerniakami, mięsakami tkanek miękkich.

W DCO funkcjonują dwa Oddziały Chirurgii Onkologicznej. Ich główne zadanie polega na diagnozowaniu oraz leczeniu operacyjnym nowotworów złośliwych. W procesie leczenia stosowane są nowoczesne techniki operacyjne, dające pacjentom nie tylko wyższy wskaźnik przeżycia w porównaniu z leczonymi poza DCO, ale również zadowalający efekt kosmetyczny.

DCO świadczy pełny zakres usług z zakresu radioterapii. Ponad 70% chorych w przebiegu choroby nowotworowej wymaga promienioleczenia. Pacjenci leczeni są w trybie ambulatoryjnym oraz stosowana jest hospitalizacja w oddziale o profilu radio-terapeutycznym.

Doświadczenia w zakresie jednoczasowej radio- i chemioterapii umożliwiły poprawę wyników leczenia w wielu nowotworach dotychczas nieuleczalnych.

W ramach DCO funkcjonuje Dolnośląski Rejestr Nowotworów, zajmujący się zbieraniem informacji populacyjnych o nowotworach złośliwych na Dolnym Śląsku i opracowywaniem ich w postaci biuletynów. Powołanie Komisji ds. Epidemiologii w 2009 r. umożliwiło analizę zachorowań, struktury stopnia zaawansowania choroby oraz uzyskiwanego wskaźnika przeżyć. Dane te stały się podstawą strategii rozwoju DCO, a wysoka wiarygodność danych poskutkowa-ła przyjęciem ośrodka do Międzynarodowego Stowarzyszenia Rejestrów Nowotworowych (IACR) w Lyonie.

W 2014 r. rozpoczęła działalność Pracownia Przygotowywania Leków Cytostatycznych. Jej wyposażenie i organizacja pomieszczeń są zgodne z europejskimi standardami jakościowymi farmacji onkologicznej. Ogromnym postępem jest wprowadzenie informatycznego systemu nadzorującego produkcję wytwarzanych leków.

W 2015 r. został otwarty nowoczesny ośrodek diagnostyczny – pracownia PET/CT w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, który jest wyposażony w hybrydowy skaner PET-CT. Parametry urządzenia do pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) zostały dostosowane do kompleksowej diagnostyki chorych na nowotwory oraz umożliwiają szczegółowe planowanie leczenia radioterapią.

Kadrę specjalistyczną DCO stanowi ponad 120 specjalistów ze wszystkich obszarów onkologii. Centrum ma 330 łóżek stacjonarnych.

W strategię DCO wpisuje się jego dalszy rozwój uwzględniający dążenie do ciągłego zwiększania dostępności do świadczeń zdrowotnych [Błaszczuk i in. 2016, s. 5-8].

Poprawa dostępności, optymalny program, doświadczenie i kompleksowość leczenia onkologicznego skupione w jednym miejscu stanowią istotne

elementy poprawy wyników leczenia. Dowiedziono, że chorzy leczeni w DCO osiągają znamienne wyższe 5-letnie przeżycia względne aniżeli leczeni poza centrum.

Tabela 2. Wskaźnik 5-letniego przeżycia w latach 2000-2004

Umiejscowienie	DCO	poza DCO	Różnica
Rak piersi	83,3	69,3	14,0
Rak jelita	58,4	36,0	22,4
Rak jajnika	50,6	30,3	20,3
Czerniak złośliwy	70,6	34,5	36,1

Źródło: [Błaszczyk i in. 2016, s. 5].

Zakres świadczonej opieki medycznej, jakość i efektywność leczenia, dostępne nowoczesne technologie i doświadczona kadra medyczna stawiają DCO w roli najważniejszego ośrodka onkologicznego w województwie dolnośląskim i jednego z najważniejszych ośrodków onkologicznych w kraju.

Tabela 3 prezentuje realizację pakietu onkologicznego przez Dolnośląskie Centrum Onkologii na tle całego województwa dolnośląskiego. W ramach leczenia Szpitalnego i Radioterapii DCO realizuje ponad 53% pakietu całego województwa. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udział ten stanowi ponad 39%, co biorąc pod uwagę mniej specjalistyczny charakter tej opieki, jest wskaźnikiem bardzo wysokim. Ponieważ DCO jest postrzegane jako główny ośrodek onkologiczny w województwie, jest bardzo często wybierane przez chorych nawet z odległych miejscowości. Dodatkowo wyspecjalizowana i doświadczona kadra powoduje, że trafiają tu chorzy z najbardziej skomplikowanymi i zaawansowanymi nowotworami, a więc również najdroższymi w leczeniu, co przy ustandaryzowanych wycenach za świadczenia pakietu onkologicznego powoduje pogłębianie

się trudnej sytuacji finansowej. Jednocześnie należy zauważyć, że wysoki wskaźnik udziału w realizacji pakietu onkologicznego powoduje, że DCO realizuje wartość pakietu onkologicznego ponad wartość kontraktu z NFZ, co jest wyjątkiem w skali województwa. W praktyce oznacza to, że szpital na bieżąco ponosi koszty leczenia pacjentów, które zostaną (przy założeniu braku limitów ze strony NFZ) sfinansowane w późniejszym czasie, a więc to na szpitalu spoczywa obowiązek sfinansowania tych kosztów. Sytuacja taka ma negatywny wpływ na płynność jednostki.

Ze względu na to, że istotna część pakietu onkologicznego realizowana jest przez DCO, a jednocześnie jest to specjalistyczny szpital onkologiczny, na jego podstawie można najtrafniej śledzić wpływ wprowadzenia pakietu onkologicznego na Dolnym Śląsku. Podstawowe dane finansowe przedstawia tab. 4.

Tabela 4. Wybrane dane finansowe DCO [kPLN]

Wyszczególnienie	2013	2014	2015
Przychody	136 303	145 959	151 127
Wynik operacyjny	6 841	474	-1 960
Wynik finansowy netto	10 494	3 929	441
EBITDA	26 649	18 660	15 281
Zobowiązania	21 063	14 070	22 066
Należności	23 015	15 680	21 331
Niezbilansowanie	1 952	1 610	-735
Wskaźniki			
Rentowność wyniku operacyjnego	5,0%	0,3%	-1,3%
Rentowność wyniku netto	7,7%	2,7%	0,3%
Rentowność EBITDA	19,6%	12,8%	10,1%
Wskaźnik zadłużenia	-0,57	-0,65	-0,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych DCO.

Tabela 3. Realizacja przez DCO pakietu onkologicznego w roku 2015

Pakiet Onkologiczny – okres styczeń – grudzień 2015

Lecznictwo Szpitalne i Radioterapia

	Kontrakt na cały 2015 rok	Kontrakt narastająco	Wykonanie	Sfinansowano	% wykonania kontraktu narastająco	% udział w wykonaniu pakietu	% sfinansowania pakietu
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	51 489 100,00	51 489 100,00	53 098 760,00	51 478 752,00	103,13%	53,41%	54,47%
Pozostałe szpitale	64 180 867,00	64 180 867,00	46 324 230,00	43 036 462,00	72,18%	46,59%	45,53%
Całość – pakiet onkologiczny (szpital) na Dolnym Śląsku	115 669 967,00	115 669 967,00	99 422 990,00	94 515 214,00	85,95%	100,00%	100,00%

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

	Kontrakt na cały 2015 rok	Kontrakt narastająco	Wykonanie	Sfinansowano	% wykonania kontraktu narastająco	% udział w wykonaniu pakietu	% sfinansowania pakietu
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	1 393 266,40	1 393 266,40	1 393 479,84	1 363 062,80	100,02%	39,14%	42,34%
Pozostałe szpitale	3 665 661,88	3 665 661,88	2 166 967,90	1 856 336,42	59,12%	60,86%	57,66%
Całość – pakiet onkologiczny (AOS) na Dolnym Śląsku	5 058 928,28	5 058 928,28	3 560 447,74	3 219 399,22	70,38%	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne danych NFZ.

Analizując podstawowe dane, można zauważyć coroczny wzrost przychodów. Przy obniżonych wyceinach za poszczególne świadczenia jest on wynikiem wzrostu liczby leczonych pacjentów (liczby realizowanych świadczeń). Wzrost przychodów nie przekłada się niestety na poprawę wyniku operacyjnego, który ulega ciągłemu pogorszeniu. Spowodowane jest to, z jednej strony, spadkiem przychodów jednostkowych danych świadczeń, a z drugiej strony, istotnym wzrostem kosztów działalności szpitala (m.in. kosztów wynagrodzeń, leków i sprzętu). Należy tutaj zwrócić uwagę, że leczenie onkologiczne jest bardzo kosztowne w zakresie podawanych leków i preparatów do radioterapii. Powoduje to sytuację, w której duża część kosztów opieki medycznej to koszty zmienne, a więc sam wzrost liczby świadczeń nie powoduje istotnego wzrostu efektywności szpitala. Istota pakietu onkologicznego polega na Nielimitowanym dostępie do świadczeń medycznych, a więc każdy kolejny pacjent pogłębia trudną już sytuację ekonomiczną szpitala.

Spadek wyników i rentowności działalności nie pozostaje bez wpływu na sytuację płynnościową szpitala. Obrazuje to wskaźnik niezbilansowania pokazujący nadwyżkę należności nad zobowiązaniami. W roku 2015 jest on pierwszy raz ujemny, a więc szpital ma do zapłacenia dostawcom więcej, niż sam może oczekiwać od NFZ.

Spadek rentowności szpitala to nie tylko problem zarządzających i finansujących jego funkcjonowanie. Pogarszająca się sytuacja finansowa nie pozostanie bez wpływu na jakość świadczonych usług (m.in. dostęp do najlepszych specjalistów i technologii), ale także komfort leczenia chorych. Dlatego istotne jest dogłębne zbadanie wpływu pakietu onkologicznego i wprowadzenie zmian w jego funkcjonowaniu, aby rzeczywiście realizowane były jego założenia.

5. Zakończenie

Wprowadzenie pakietu onkologicznego mającego na celu poprawę leczenia nowotworów w Polsce zdaniem autora było działaniem koniecznym. Zadbano o to, aby chory był szybko zdiagnozowany i leczony. Niestety nie do końca przewidziano wpływ takiego podejścia na sytuację ekonomiczną szpitali.

Analiza przedstawionych danych prowadzi do wniosku, iż efektywność ekonomiczna w ujęciu zaprezentowanym na potrzeby niniejszego artykułu uległa zmniejszeniu na skutek wprowadzenia pakietu onkologicznego. Ze względu na dostępność danych artykuł opisywał przypadek Dolnośląskiego Centrum Onkologii, ale z identycznymi problemami borykają się szpitale onkologiczne w całym kraju. Przekraczają ramy niniejszej pracy, pozostając jednocześnie zagad-

nieniem wartym podjęcia dalszego i bardziej szczegółowego rozeznania, odpowiedź na następujące pytania:

- Jakie działania o charakterze wewnętrznym (organizacja wykonania świadczeń w ramach pakietu) oraz zewnętrznym (przeformułowanie założeń wykonawczych pakietu) należy podjąć celem podniesienia efektywności ekonomicznej podmiotów medycznych udzielających świadczeń w ramach pakietu?
- Czy istnieje próg liczby świadczeń medycznych udzielanych w ramach pakietu onkologicznego w obrębie danej jednostki, po przekroczeniu którego nastąpi wzrost efektywności danej jednostki?
- Jaki wpływ na efektywność ekonomiczną jednostek medycznych może mieć sytuacja uwspólnienia udzielanych świadczeń w ramach pakietu przez sieciowanie poszczególnych jednostek i specjalizację niektórych jednostek w wykonywaniu określonych procedur medycznych?
- Jakie działania należy podjąć i jaką rolę w systemie opieki onkologicznej na Dolnym Śląsku przypisać, w zakresie udzielania leczniczych świadczeń onkologicznych, w odniesieniu do podmiotu dominującego w tym segmencie, jakim jest DCO?

Aktualna sytuacja finansowa szpitali realizujących pakiet onkologiczny jest szczególnie trudna. Presja wzrastającej liczby chorych pacjentów i rzeczywista potrzeba niesienia im pomocy, a z drugiej strony ograniczona (malejąca) możliwość sfinansowania rzeczywistych kosztów wykonanych usług zmusza szpitale do utraty płynności finansowej i zadłużania się. W pierwszej kolejności należałoby więc poważnie zastanowić się nad systemową formułą uzupełnienia środków finansowych szpitalom realizującym tak ważne usługi medyczne, jakimi są świadczenia onkologiczne, a następnie dalej udoskonalać organizacyjnie system.

Literatura

- Błaszczuk J., Jagas M., Hudziec P., 2016, *Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2014*, Dolnośląskie Centrum Onkologii.
- GUS, 2013, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Główny Urząd Statystyczny.
- GUS, 2014, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny.
- GUS, 2014, *Ekonomiczne aspekty, Ochrona Zdrowia*, Główny Urząd Statystyczny, tab. 82, na załączonej płycie CD.
- GUS, 2016, *Rocznik demograficzny 2013*, Główny Urząd Statystyczny.
- Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., Węgrzyn M., 2014, *Rentowność szpitali samorządowych w Polsce*, *Nauki o Finansach Financial Sciences* 3(20), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.

Rudawska I., Urbańczyk E. (red.), 2012, *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, s. 206-211.

Węgrzyn M., 2013, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

FINANCIAL COVER OF CO-CALLED ONCOLOGICAL PACKAGE BY THE PUBLIC PAYER VS. ECONOMIC SITUATION OF HOSPITALS

Summary: The oncological package, i.e. a process approach to the treatment of the patient after the detection of neoplastic lesions to the last medical intervention, was aimed at accelerating the adoption of appropriate treatment, and thereby increasing its effectiveness to the patient. In discussions on a package far less space was devoted to issues of financing all activities related to it. This article aims to assess the impact of the introduction of the oncological package on the economic situation of hospitals on the example of selected, big medical facilities in Lower Silesia. The analysis of survey data in the article shows the negative effects of the changes on the economic situation of hospitals, which suggests the need to re-study the issue and propose additional sources of financing of therapeutic entities activities.

Keywords: oncology package, economic efficiency, hospital.