

Skuteczna i efektywna kosztowo organizacja opieki nad pacjentem z zaćmą

Effective and cost-efficient health care organization in cataract patient

**Monika Raulinajtys-Grzybek¹, Renata Wachowicz^{2,3},
Arnold Maciejewski³**

¹Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Gertruda Krystyna Świdarska

²Dział Kontraktowania Świadczeń Medycznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
im. prof. Kornela Gibińskiego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: mgr Renata Wachowicz

³Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych w Kielcach
Prezes: dr n. o zdr. Michał Chrobot



NAJWAŻNIEJSZE

Zmiana sposobu organizacji procesu leczenia zaćmy pozwala na zwiększenie wolumenu świadczeń i poprawę dostępności oraz skrócenie kolejki do zabiegu.

HIGHLIGHTS

A change in the way the cataract treatment process is organized allows an increase in the volume of benefits and improves the availability as well as shortens the queue for surgery.

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia sposób organizacji opieki nad pacjentem z zaćmą z uwzględnieniem aspektów procesowo-organizacyjnych i ekonomiczno-finansowych, a także oceny skuteczności oraz efektywności kosztowej takiej organizacji. Przedstawiono modelowe podejście do problemu, ilustrując je analizą przypadku dużego świadczeniodawcy realizującego zabiegi zaćmy.

Słowa kluczowe: zaćma, leczenie chirurgiczne zaćmy, organizacja procesu, koszty i korzyści przyrostowe

ABSTRACT

The article presents the way of organizing care of patients with cataract, including process and organizational as well as economic and financial aspects, and the assessment of the effectiveness and cost-efficiency of such an organization. A model approach to the problem is presented, illustrated with the case analysis of a large provider performing cataract procedures.

Key words: cataract, surgical treatment of cataract, process organization, incremental costs and benefits

WPROWADZENIE

Jednym z ciekawszych zagadnień w niedofinansowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce jest dostęp do leczenia zaćmy. Zabieg usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki należy do najbardziej efektywnych zabiegów medycznych. Można go przeprowadzić w sposób całkowicie bezpieczny w warunkach chirurgii jednego dnia, nie tylko poprawiając w ten sposób wzrok chorego, lecz przede wszystkim znacząco podnosząc jakość jego życia [1]. Wysoką satysfakcję pacjentów oraz skuteczność chirurgicznego leczenia zaćmy potwierdzają badania, w ramach których 82% chorych poddanych zabiegowi usunięcia zaćmy potwierdza, że zabieg pozwolił im na powrót do zamierzonej aktywności [2, 3].

Pomimo wysokiej efektywności i zasadności realizacji chirurgicznego leczenia zaćmy, w Polsce stale obserwuje się deficyt w zakresie zapewnienia optymalnego dostępu do omawianego świadczenia. Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, iż jednym z powodów niewystarczającego zabezpieczenia potrzeb chorych jest wydłużający się czas życia. W Polsce zaćma dotyczy 2,4% ogółu społeczeństwa [4, 5], jednak w grupie wiekowej 70+ cierpi na nią już 13,9% osób [6]. O ile w roku 2004 na zaćmę w Polsce chorowało 773 tys. osób, o tyle w 2014 r. liczba chorych przekroczyła 800 tys.

Wpływ rosnących potrzeb społeczeństwa oraz zaniedbań lat wcześniejszych w zakresie wysokości budżetu publicznego przeznaczanego na leczenie zaćmy na nawarstwianie się problemu wśród osób wymagających leczenia najlepiej widać po przeanalizowaniu pod tym kątem ostatnich 3 lat. W latach 2015–2016 Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przeznaczył na ten cel odpowiednio ponad 537 mln zł oraz 571 mln zł, co pozwoliło w 2015 r. na wykonanie 227 tys. zabiegów, a w roku 2016 – 245 tys. Jak niewielkie były to kwoty w zestawieniu z potrzebami, najlepiej obrazuje liczba osób oczekujących w kolejce. Zarówno na koniec 2015, jak i 2016 r. na leczenie zaćmy oczekiwało blisko 540 tys. chorych [7].

Z perspektywy ostatnich lat rok 2017 wydaje się przełomowy. W ciągu 12 miesięcy wykonano ponad 300 tys. zabiegów (na podstawie danych zaprezentowanych przez konsultanta krajowego do spraw okulistyki podczas konferencji naukowej *Przypadki kliniczne w okulistyce*, Poznań 20–21.04.2018 r.), tym samym doprowadzając pierwszy raz do zredukowania liczby osób oczekujących na zabieg – z 534 tys. w styczniu do 494 tys. w grudniu [7]. Było to możliwe ze względu na zwiększone nakłady finansowe płatnika publicznego, który zdecydował się na wydatkowanie ponad 700 mln zł.

Spodziewany wzrost nakładów finansowych płatnika publicznego na leczenie zaćmy, choć pożądanym zarówno przez pacjentów, jak i środowisko okulistyczne, wymaga postawienia pytania o zasoby, jakimi dysponują podmioty medyczne, oraz możliwości organizacyjne w zakresie zapewnienia opty-

malnego wykorzystania budżetu przyznanego przez NFZ. Celem artykułu jest przedstawienie aktualnej organizacji opieki nad pacjentem z zaćmą w Polsce, a także modelu do oceny możliwości podmiotu leczniczego w zakresie optymalizacji procesu leczenia w celu zwiększenia liczby świadczeń i poprawy swojej sytuacji finansowej. W pracy przedstawiono implikacje ekonomiczno-finansowe oraz procesowo-organizacyjne zastosowania modelu w podmiocie leczniczym. Na podstawie studium przypadku podmiotu, w którym zastosowano omawiane rozwiązanie, dokonano oceny skuteczności i efektywności kosztowej takiej organizacji.

OCENA AKTUALNEGO PROCESU LECZENIA ZAĆMY W POLSCE

Leczenie zaćmy w Polsce jest realizowane zarówno w podmiotach prywatnych, niemających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i w każdym rodzaju podmiotów leczniczych posiadających umowę na realizację świadczeń finansowanych z budżetu publicznego. Mając na uwadze wszystkie hospitalizacje związane z leczeniem chirurgicznym zaćmy w roku 2016 (ryc. 1), należy zauważyć, iż główny ciężar opieki nad pacjentem spoczywa na szpitalach wojewódzkich: 30,05% liczby zrealizowanych zabiegów usunięcia zaćmy, oraz podmiotach niepublicznych: 28,74% sumy zabiegów chirurgii zaćmy, przy czym te drugie części raportują leczenie zaćmy niepowikłanej aniżeli powikłanej.

Z perspektywy zarządzania procesem chirurgicznego leczenia zaćmy fakt realizacji blisko 60% zabiegów w podmiotach o różnej formie prawnej i strukturze właścicielskiej wydaje się wart głębszego przeanalizowania. Tym bardziej, że jak wskazuje histogram czasu pobytu pacjenta w szpitalu, w jednostkach niepublicznych mediana wynosi 0 zarówno w przypadku świadczenia wykonanego w ramach grupy B18 – zaćma powikłana, jak i B19 – zaćma niepowikłana. Pacjenci są przyjmowani na zabieg i wypisywani tego samego dnia. Z kolei w szpitalach wojewódzkich mediana dla obu grup w leczeniu zaćmy wynosi 2 (tab. 1).

Podkreślić należy również fakt, iż w przypadku obu wymienionych typów świadczeniodawców chorzy przyjmowani na zabieg usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki stanowią podobną grupę ze względu na przynależność do kategorii wiekowej (tab. 2).

Analiza danych zgromadzonych przez NFZ pokazuje również, że terapia zaćmy, realizowana zarówno w ramach grupy B18, jak i B19, jest wykonywana głównie w oparciu o przyjęcia planowe (ryc. 2).

Taki tryb przyjęcia chorego do leczenia pozwala osobom zarządzającym podmiotami medycznymi na skuteczne planowanie, a tym samym takie zorganizowanie procesu leczenia, aby w sposób optymalny wykorzystać posiadane zasoby.

RYCINA 1

Wskaźnik procentowy liczby hospitalizacji według typów świadczeniodawców – dane za rok 2016 (na podstawie [8]).

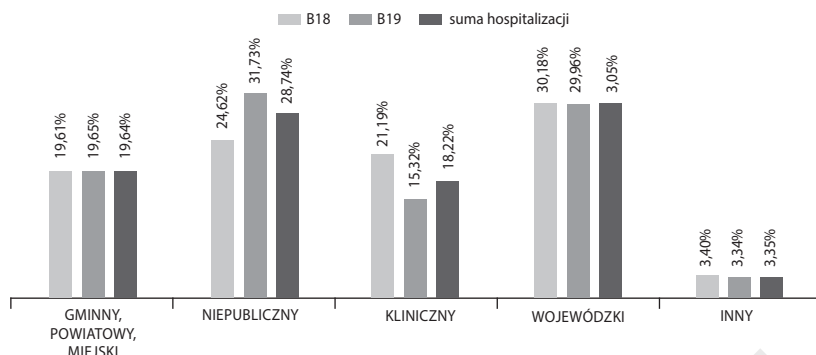


TABELA 1

Mediana oraz dominanta czasu pobytu pacjenta w szpitalu według typu świadczeniodawców – dane za rok 2016 (na podstawie [8]).

Dane za rok 2016	Długość hospitalizacji – mediana (dni)		Długość hospitalizacji – dominanta (dni)	
	B18	B19	B18	B19
Gminny, powiatowy, miejski	1	1	2	0
Niepubliczny	0	0	0	0
Kliniczny	1	1	2	0
Wojewódzki	2	2	2	2
Inny	2	0	2	0

TABELA 2

Procentowy rozkład chorych na zaćmę według typu świadczeniodawcy – dane za rok 2016 (na podstawie [8]).

Dane za rok 2016	Odsetek hospitalizacji ze względu na wiek chorego (łącznie dla B18 i B19)					
	1–6	7–8	19–40	41–60	61–80	> 81
Gminny, powiatowy, miejski	0,00%	2,15%	16,08%	19,18%	19,70%	19,73%
Niepubliczny	0,00%	5,37%	18,62%	27,90%	29,62%	26,69%
Kliniczny	93,54%	77,41%	35,05%	19,60%	17,85%	18,30%
Wojewódzki	6,45%	15,05%	27,77%	30,54%	29,42%	31,83%
Inny	0,00%	0,00%	2,45%	2,75%	3,39%	3,43%

RYCINA 2

Tryb przyjęcia chorych na zaćmę do podmiotów medycznych posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia – dane za rok 2016 (na podstawie [8]).

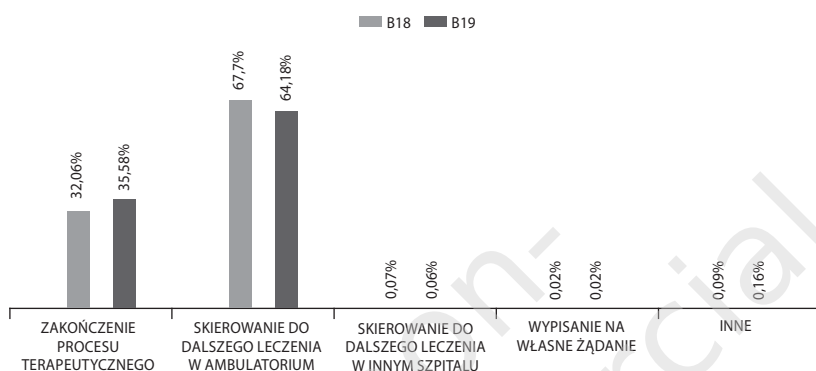


Co równie istotne, dane statystyczne pokazują, iż większość chorych po zabiegu chirurgicznym trafia do leczenia ambulatoryjnego (ryc. 3).

Orientacja procesowa „stanowi odbicie postrzegania [organizacji] przez klienta wewnętrznego i zewnętrznego” [16]. W podmiocie leczniczym celem procesowego podejścia do zarządzania będzie realizacja zarówno celów medycznych

RYCINA 3

Tryb wypisu chorego na zaćmę po zabiegu chirurgicznym – dane za rok 2016
(na podstawie [8]).



Przejrzystość procesu opieki nad chorym na zaćmę stanowi kluczowy argument w opracowaniu modelu optymalizującego ten proces nie tylko od strony medycznej, lecz także od strony finansowej.

Mając na uwadze zbieżność analizy procesu leczenia zaćmy obserwowanego z perspektywy typu świadczeniodawcy, trybu hospitalizacji oraz kontynuowania procesu leczenia po zakończonym zabiegu chirurgicznym, w ocenie skuteczności i efektywności kosztowej należy uwzględnić etapy udzielenia świadczenia bezpośrednio w placówce. Zostały one szczegółowo opisane w [9].

SCHEMAT ORGANIZACJI PROCESU LECZENIA ZAĆMY W PODMIOCIE LECZNICZYM

Zaproponowane rozwiązanie opiera się na procesowym podejściu do zarządzania. To koncepcja zarządcza, która w centralnym punkcie analizy stawia realizowany proces (oceniając jego efektywność i rentowność). Podstawą tego podejścia jest założenie, że aby realizować swoje cele, podmiot leczniczy musi skoncentrować się na odpowiedniej strukturze procesu [10].

Proces można zdefiniować jako przebieg następujących po sobie działań, które są wykonywane w odpowiedni sposób i w celu przetworzenia stanu wejściowego w określony stan wyjściowy [11, 12]. Proces można dalej dekomponować na działania i zasoby. Działanie to zorganizowana i celowa praca, podczas której wykorzystywane są zasoby podmiotu leczniczego – pracownicy, technologie, materiały i sprzęt medyczny [13–15].

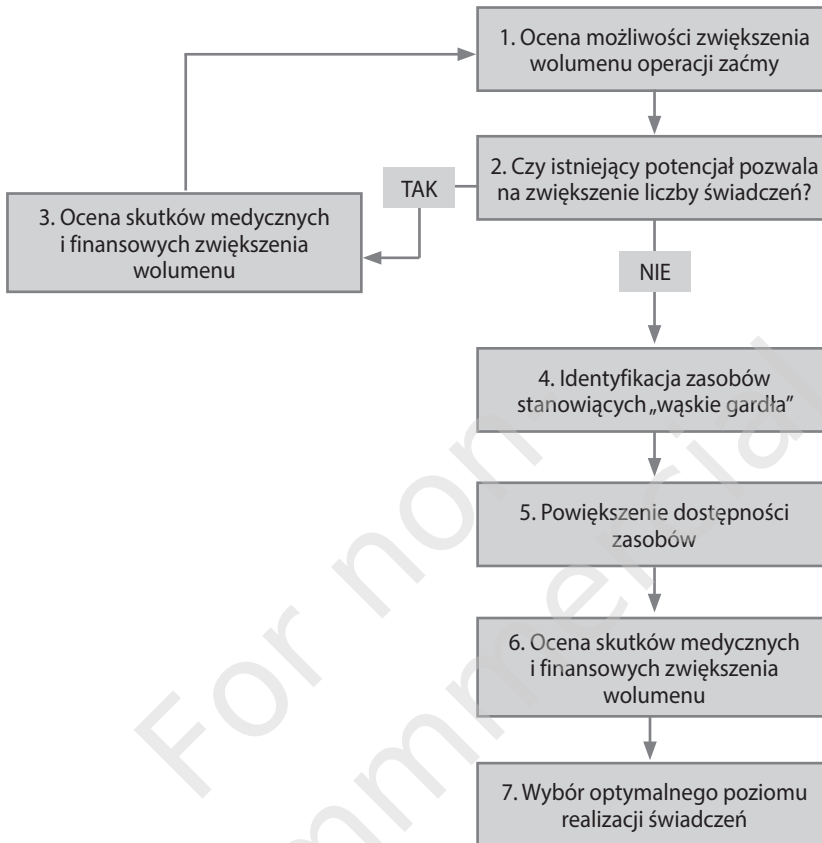
– związanych z poprawą dostępności i jakości świadczeń, oczekiwaną przez pacjentów oraz społeczeństwo – jak i celów ekonomicznych, związanych co najmniej z bilansowaniem działalności podmiotu leczniczego i pokrywaniem kosztów realizacji świadczeń przychodami z tej działalności. W przypadku procesu leczenia zaćmy cel medyczny stanowi przede wszystkim poprawa dostępności i skrócenie kolejki (przy zachowaniu pożądanego poziomu jakości usług), co jest możliwe poprzez zwiększenie wolumenu realizowanych świadczeń. Istniejący model finansowania (FFS, *fee for service*), w którym każde kolejne świadczenie zwiększa przychód świadczeniodawcy, powoduje, że realizacja celu ekonomicznego również zależy od wolumenu świadczeń.

Zwiększenie wolumenu realizowanych świadczeń jest możliwe w sytuacji, kiedy podmiot leczniczy dysponuje wolnymi zdolnościami produkcyjnymi albo kiedy możliwa jest taka reorganizacja realizowanych procesów, by zwiększyć jego zdolności produkcyjne. Na rycinie 4 przedstawiono schemat postępowania podmiotu leczniczego, który ma prowadzić do maksymalizacji poziomu realizacji świadczeń w danych warunkach medyczno-organizacyjnych. Przez optymalny poziom realizacji świadczeń rozumie się taki poziom, który prowadzi do maksymalizacji celu medycznego, nie pogarszając jednocześnie stopnia realizacji innych celów podmiotu leczniczego, w tym w szczególności celu ekonomicznego.

Pierwszym krokiem jest ocena potencjału podmiotu leczniczego do zwiększenia wolumenu realizacji operacji zaćmy. Podstawowe narzędzie do realizacji tego celu stanowi ocena kolejki na zabieg u danego świadczeniodawcy, a także

RYCINA 4

Schemat postępowania w celu maksymalizacji wolumenu operacji zaćmy
(opracowanie własne).



u innych świadczeniodawców w bezpośrednim otoczeniu. Długość kolejki wyznacza medyczny popyt na świadczenie. W celu wyznaczenia popytu efektywnego (czyli takiego, który przełoży się na poziom przychodów podmiotu leczniczego) należy dokonać analizy możliwych źródeł finansowania operacji zaćmy i prognozy oczekiwanej ceny jednostkowej. Cena ta może zależeć od liczby zrealizowanych świadczeń (np. zmniejszać się po przekroczeniu poziomu kontaktu). Oczekowaną wartość przychodu z realizacji leczenia zaćmy przedstawia wzór:

$$P_z = \left(\sum_{i=1}^n Q_i \times T_i \right) \times p \times n$$

gdzie:

P_z – przychód z realizacji operacji zaćmy

Q_i – liczba świadczeń

i – grupy, w ramach których możliwe jest rozliczenie świadczeń związanych z leczeniem zaćmy

T – taryfa (cena jednostkowa)

p – prawdopodobieństwo, że świadczenie zostanie zapłacone

n – odsetek bazowej taryfy, który zostanie zapłacony (dotyczy przede wszystkim nadwykonań).

Jeśli po pierwszym etapie okaże się, że istnieje medyczny popyt na zwiększenie liczby świadczeń, który ma pokrycie w środkach finansowych płatnika, świadczeniodawca ocenia własny potencjał i stopień jego wykorzystania. W tym celu dokonuje dekompozycji procesu, określając realizowane działania oraz zasoby, które uczestniczą w ich realizacji. Na tym etapie kluczowe jest zidentyfikowanie nie tylko działań podstawowych (np. zabieg chirurgiczny), ale również wspomagających (np. procedura sterylizacji czy rejestracji pacjenta). Analiza zasobów powinna w szczególności dotyczyć zasobów zaangażowanych, czyli takich, które są nabywane w sposób nieciągły. W podmiocie leczniczym będą to przede wszystkim: zasoby ludzkie, sprzęty oraz infrastruktura. Analiza powinna umożliwić odpowiedź na następujące pytania:

- Jakie zasoby uczestniczą w realizacji świadczenia?
- Czy w obecnym stanie zasoby te mogą być wykorzystane do realizacji większej liczby świadczeń?

- Czy możliwa jest reorganizacja wykonywanych działań tak, by poprawić efektywność wykorzystania istniejących zasobów?

Jeśli na etapie drugim potwierdzona zostanie możliwość zwiększenia wolumenu operacji zaćmy przy wykorzystaniu dostępnych zasobów zaangażowanych, na kolejnym etapie należy dokonać oceny skutków medycznych i finansowych takiej decyzji. Ocena skutków medycznych dotyczy w szczególności długości kolejki, a ocena skutków finansowych powinna dotyczyć nadwyżki, jaką osiągnie podmiot leczniczy. W tym celu należy zestawić wyłącznie tzw. koszty i korzyści przyrostowe, czyli te, które ulegną zmianie w wyniku realizacji dodatkowych świadczeń (tab. 3).

TABELA 3
Raport kosztów i korzyści przyrostowych (opracowanie własne).

	B18	B19
A. Przychody		
B. Koszty przyrostowe:		
• leki		
• jednorazowe wyroby medyczne		
• inne materiały		
• usługi zewnętrzne (np. diagnostyczne)		
Nadwyżka finansowa (A, B)		

Podmiot leczniczy ma możliwość zwiększenia wolumenu świadczeń w sposób skokowy, poprzez zwiększenie dostępności swoich zasobów zaangażowanych. W tym celu na etapie czwartym należy zidentyfikować wszystkie zasoby zaangażowane stanowiące tzw. wąskie gardła, czyli zasoby, których dostępność wykorzystuje się w pełni i które wyznaczają potencjał całego podmiotu. Skokowy wzrost potencjału możliwy jest poprzez zwiększenie dostępności zasobu stanowiącego wąskie gardło. Najczęściej w podmiocie leczniczym konieczne jest zwiększenie dostępności kilku grup zasobów. W przypadku operacji zaćmy obszarami wymagającymi analizy są:

- zasoby ludzkie na bloku operacyjnym
- zasoby ludzkie na oddziale okulistycznym
- zasoby ludzkie w izbie przyjęć
- zasoby ludzkie w ośrodkach diagnostycznych i pomocniczych
- zasoby ludzkie w działach administracji
- pomieszczenia bloku operacyjnego
- pomieszczenia oddziału okulistycznego.

Określenie zapotrzebowania na zasoby będzie możliwe po zidentyfikowaniu, jaka liczba poszczególnych zasobów jest potrzebna do realizacji pojedynczego świadczenia. Przy-

kładowo, jeśli świadczeniodawca planuje powiększenie wolumenu świadczeń o 30 procedur miesięcznie, przekłada się to na konieczność zapewnienia dodatkowej dostępności bloku operacyjnego przez ok. 20 h (zakładając, że sala operacyjna będzie zajęta przez ok. 40 min na pojedynczy zabieg). Zapewnienie tej dostępności może zostać zorganizowane w następujący sposób:

- jedno popołudnie w tygodniu (5 h × 4 tygodnie)
- jedna godzina dziennie w każdy dzień roboczy
- jeden weekend w miesiącu w trybie 10-godzinny (10 h × 2 dni).

Wybór rozwiązania zależy od dostępności innych zasobów, w szczególności ludzkich, a także np. łóżek na oddziale okulistycznym.

Etap piąty wiąże się ze wzrostem dostępności zasobów zaangażowanych wskazanych jako wąskie gardła. Obejmuje on w szczególności negocjacje z personelem dotyczące stawek, po których osiągnięciu jest on gotowy zapewnić dodatkową dostępność. Z punktu widzenia podmiotu leczniczego wiąże się to z powstaniem dodatkowych kosztów. Maksymalny wzrost kosztów nie może być wyższy niż nadwyżka, jaka zostanie osiągnięta z realizacji dodatkowych świadczeń (po uwzględnieniu pozostałych kosztów przyrostowych, por. tab. 4). W przeciwnym wypadku realizacja celu medycznego będzie w negatywny sposób wpływać na cel ekonomiczny podmiotu.

TABELA 4
Raport kosztów i korzyści przy skokowym wzroście dostępności zasobów (opracowanie własne).

	B18	B19	Suma
A. Przychody			
B. Koszty przyrostowe:			
• leki			
• jednorazowe wyroby medyczne			
• inne materiały			
• usługi zewnętrzne (np. diagnostyczne)			
C. Nadwyżka finansowa (A, B)			
D. Koszty dodatkowej dostępności zasobów			
Wynik na dodatkowych świadczeniach (C, D)			

Wzrost dostępności zasobów może się odbywać w sposób skokowy lub elastyczny. Pierwsza sytuacja ma miejsce wtedy, kiedy np. dla potrzeb realizacji dodatkowych zabiegów zakupiono kolejne urządzenie lub zaangażowano pracownika na umowę o pracę. W takim przypadku realizacja mniejszej liczby świadczeń wynikająca z uzyskanego wzrostu potencjału oznacza dla podmiotu stratę (powstałą wskutek niepełnego wykorzystania zasobu). Elastyczny wzrost dostępności występuje w sytuacji, kiedy personel

otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie za procedurę. Mniejsza realizacja procedur oznacza niższy wydatek dla podmiotu leczniczego.

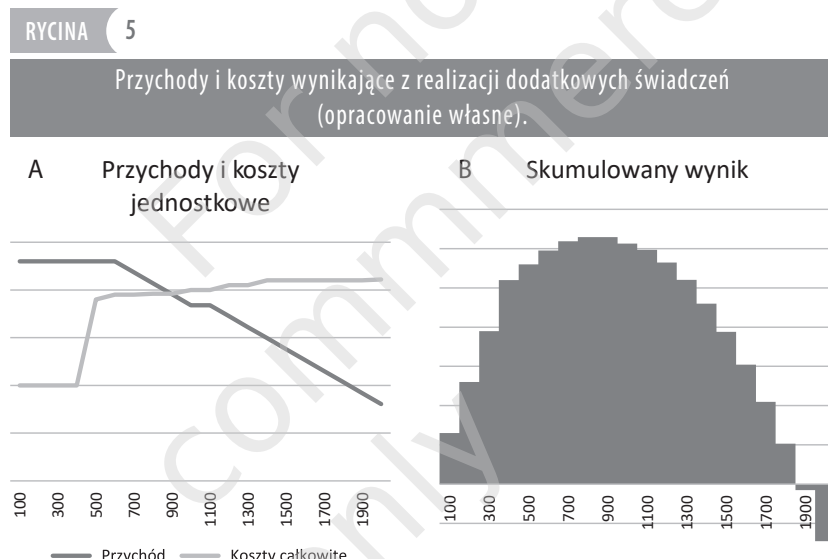
Szósty etap obejmuje ostateczną analizę skutków medycznych i finansowych zwiększenia wolumenu. Powinien być przeprowadzany cyklicznie w celu oceny, czy w kolejnych okresach skutki są zbieżne z oczekiwanymi. Aspekt, który w szczególności należy wziąć pod uwagę, to ewentualny wpływ wzrostu wolumenu operacji zaćmy na realizację innych świadczeń, zarówno szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Przykładowo w długim okresie zwiększenie liczby wizyt kontrolnych może ograniczyć liczbę innych świadczeń ambulatoryjnych lub wydłużyć czas oczekiwania na nie.

Wraz ze wzrostem liczby operacji zaćmy mogą się pojawiać kolejne wąskie gardła. Zwiększanie dostępności tych zasobów będzie generować kolejne koszty świadczeniodawcy (ryc. 5).

Jak wynika z wykresu przedstawionego na rycinie 5B, skumulowany wynik jest najwyższy w przedziale 800–900 świadczeń. Z ekonomicznego punktu widzenia taka liczba świadczeń maksymalizuje wynik osiągnięty przez świadczeniodawcę. Warto zauważyć, że wynik ten jest lepszy od wyniku początkowego. Aby nie pogorszyć sytuacji wyjściowej, podmiot leczniczy może maksymalizować wolumen świadczeń do momentu, w którym skumulowany wynik będzie nie mniejszy niż 0. Na przedstawionym schemacie jest to poziom 1900 świadczeń.

REORGANIZACJA PROCESU LECZENIA ZAĆMY W WARUNKACH SZPITALNYCH I JEJ ORGANIZACYJNE ORAZ FINANSOWE IMPLIKACJE – STUDIUM PRZYPADKU

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) jest jednym z największych świadczeniodawców w Polsce realizujących



W danych przedstawionych na rycinie 5 założono, że po przekroczeniu pewnego progu jednostkowa cena za kolejne świadczenia maleje, co się przekłada na spadek jednostkowego przychodu. Założono, że pierwsze 400 świadczeń realizowanych jest w ramach dostępnego potencjału, dlatego koszty mają charakter wyłącznie przyrostowy (zgodnie ze schematem przedstawionym w tabeli 3). Po przekroczeniu tego wolumenu następuje skokowy wzrost kosztów związany z koniecznością uzyskania dodatkowej dostępności. Wzrost kosztów w powiązaniu ze spadkiem jednostkowych przychodów powoduje, że po przekroczeniu progu ok. 800 świadczeń każde kolejne świadczenie generuje jednostkową stratę.

świadczenia okulistyczne. W 2017 r. na oddziałach okulistycznych liczących łącznie 137 łóżek (w tym 30 dziecięcych) hospitalizowano ponad 17 500 pacjentów. W poradni okulistycznej zrealizowano ok. 138 tys. porad. Wykonano prawie 15 tys. zabiegów okulistycznych.

Kolejka do zabiegu usunięcia zaćmy w szpitalu we wrześniu 2017 r. liczyła 13 428 osób, a najbliższy wolny termin dostępny był w listopadzie 2018 r., co oznaczało 14 miesięcy oczekiwania. W ramach umowy zawartej z NFZ na zabieg usunięcia zaćmy w 2015 r. wykonano 8030 zabiegów, a w 2016 r. – 8350 zabiegów.

W 2017 r. w szpitalu podjęto decyzję o zwiększeniu liczby zabiegów usunięcia zaćmy. Priorytetem była poprawa do-

stępności dla pacjentów. Po szczegółowej analizie wskazano realizację zabiegów popołudniowych jako jedyny realny kierunek skokowego wzrostu liczby zabiegów. Decyzja weszła w życie od IV kwartału 2017 r. Początkowo wprowadzono zabiegi popołudniowe 2 dni w tygodniu, zaś docelowo planowane jest realizowanie ich przez 4 dni w tygodniu. Realizacja zabiegów w godzinach popołudniowych wiązała się z wprowadzeniem kilku zmian w strukturze organizacyjnej szpitala:

- na bloku operacyjnym zabezpieczono dodatkowy personel do zabiegu
- zwiększono obsadę personelu medycznego na oddziałach
- wydłużono czas pracy sekretarek medycznych na oddziałach
- dokonano reorganizacji pracy izby przyjęć
- dokonano priorytetyzacji badań w laboratorium
- zapewniono dyżury w dziale centralnej sterylizacji w celu utrzymania ciągłości świadczeń
- dokonano reorganizacji pracy poradni przyszpitalnej.

Część z tych zmian dotyczyła aspektów bezpośrednio związanych z zabiegiem chirurgicznym – konieczne było zapewnienie dodatkowej obsady personelu medycznego na bloku operacyjnym oraz na oddziale, co się wiązało z dodatkowym kosztem zabiegów. Skokowe zwiększenie liczby zabiegów zaćmy wpłynęło jednak na znacznie więcej obszarów w szpitalu. Konieczne było zapewnienie usług wspierających, np. sterylizacji i obsługi dokumentów, by nie doprowadzić do zatoru w normalnej działalności szpitala. Kluczowe dla sukcesu wdrożonej decyzji były działania wprowadzone w izbie przyjęć. Po pierwsze wyodrębniono stanowiska przyjęć dla pacjentów okulistycznych (szpital hospitalizuje pacjentów również w innych zakresach) oraz zapewniono w izbie przyjęć konsultacje anestezyjologiczne. Wcześniej zaobserwowano, że czas oczekiwania na tę konsultację powoduje wydłużenie całego procesu. W izbie przyjęć przeprowadza się badanie EKG i pobiera materiał do badań. Co więcej, w laboratorium priorytet mają badania wykonywane u pacjentów kierowanych do zabiegu. Ważnym elementem jest tzw. ocena kolejki przez zespół oceny przyjęć. W trakcie udzielania porad w poradni okulistycznej lekarze mogą zdecydować o przekazaniu kompletności dokumentacji do komisji, jeśli stan pacjenta wskazuje,

że nie może on czekać na zabieg zgodnie z wyznaczonym terminem. Komisja zbiera się raz w miesiącu i po analizie dostarczonej dokumentacji podejmuje decyzję o przyspieszeniu terminu zabiegu zaćmy.

Dużym problemem w optymalizacji procesu leczenia pacjentów była niezgłaszalność, czyli niestawianie się pacjentów w szpitalu. W 2014 r. dotyczyło to 21% pacjentów, w 2015 r. 20%, a w 2016 r. aż 33%. W celu ograniczenia tego zjawiska wprowadzono telefoniczną weryfikację kolejek oczekujących, w ramach której sprawdza się, czy nadal oczekują oni na zabieg w UCK. W 2017 r. liczba pacjentów niezgłaszających się na zabieg zmniejszyła się do 18%. Wprowadzone kroki już po 2 kwartałach pozwoliły na wstępne pozytywne wnioski w zakresie osiągnięcia założonego celu. W 2017 r. zrealizowano 9969 zabiegów, co w porównaniu z 2016 r. oznacza wzrost o ponad 16%. W marcu 2018 r. liczba osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy spadła do 11 456, co oznacza spadek o 15% w ciągu pół roku. W marcu 2018 r. najbliższy wolny termin na zabieg dostępny był w marcu 2019 r., co oznaczało 12 miesięcy oczekiwania (skrócenie o 2 miesiące).

WNIOSKI

Przedstawione podejście do organizacji procesu leczenia zaćmy pozwala na zwiększenie wolumenu świadczeń i realizację celu medycznego, związanego z poprawą dostępności oraz skróceniem kolejki do zabiegu. Włączenie analizy czynników finansowych umożliwia również ocenę skutków ekonomicznych takiej decyzji. Wybór struktury świadczeń optymalnej z ekonomicznego punktu widzenia obejmuje porównanie przyrostowych kosztów i korzyści podejmowanej decyzji. Jak pokazuje przypadek UCK, koszty powinny być analizowane kompleksowo i obejmować wszystkie obszary działalności szpitala, na które choćby pośrednio wpływa decyzja o wzroście wolumenu świadczeń.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Kolegium Nauk
o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
02-554 Warszawa, al. Niepodległości 162
e-mail: mrauli@sgh.waw.pl

Piśmiennictwo

1. Kurowska K, Celmer-Ozdowska I. Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą. *Hygeia Public Health* 2014; 49(3): 554-559.
2. Kalinowski P, Bojakowska U. Ocena satysfakcji z wyników leczenia wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej w prywatnej klinice okulistycznej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21(2): 164-172.
3. Lundstrom M, Brege KG, Floren I, et al. Cataract surgery and quality of life in patients with age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol* 2002; 86: 1330-1335.
4. Patryka O, Wysocki MJ. Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny* 2015; 69: 905-908.
5. [online: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2017-r-,7,14.html>].
6. Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem do świadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2013 [online: http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport_okulistyka_18_09_2013_v-2.1.pdf].
7. [online: <http://kolejki.nfz.gov.pl>].
8. [online: <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/KatalogJGP.aspx>].
9. Raulinajtys-Grzybek M, Bełżecka A, Broniek G, et al. Kalkulacja kosztów zaćmy niepowikłanej z zastosowaniem nowoczesnych rozwiązań rachunku kosztów. *Okulistyka* 2015; 3: 61-68.
10. Grajewski P. Organizacja procesowa. PWE, Warszawa 2007: 54-76.
11. Peppard J, Rowland P. Re-engineering. Gebethner & Ska, Warszawa 1997: 7.
12. Hammer M, Champy J. Reengineering w przedsiębiorstwie. Neumann Management Institute, Warszawa 1996: 49.
13. Brimson JA. Activity Accounting. An Activity-Based Costing Approach. John Wiley & Sons, Inc., New York 1991: 36.
14. Turney PBB. Activity Based Costing. The Performance Breakthrough. Kogan Page, New York 1996: 315.
15. Miller JA, Pniewski K, Polakowski M. Zarządzanie kosztami działań. WIG-Press, Warszawa 2000: 44.
16. Leszczyński Z. Analiza procesowa i analiza wartości procesów jako narzędzia projektowania łańcucha wartości obszaru produkcji w przedsiębiorstwie. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia* 2016; 1(79): 939.