

Piotr Nowicki

Akademia Medyczna we Wrocławiu,
Akademicki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
Consulting-Med

WOLNOŚĆ OPANOWANA, CZYLI PEŁNE WYKORZYSTANIE WSZYSTKICH FUNKCJI CONTROLLINGU

1. Wprowadzenie

Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej przechodzi głębokie zmiany podyktowane wprowadzeniem reformy systemowej, która od 1 stycznia 1999 r. spowodowała odejście od administrowania zasobami placówki medycznej na rzecz świadomego kierowania firmą w określonym celu na ewoluującym rynku usług medycznych. Istotą zmiany było zerwanie ze skostniałym, zamkniętym dla nowych podmiotów „rynkiem” jednostek budżetowych i otwarcie go na konkurencję, samodzielne zarządzanie oraz w efekcie wprowadzenie możliwości gry konkurencyjnej i ewolucji podmiotów. System dotychczas funkcjonujący, oparty na rejonizacji i braku korelacji między zarządzaniem a efektami rynkowymi, był faktycznie centralnie regulowanym rynkiem podmiotów administrowanych i pozbawionych możliwości jakichkolwiek zmian. Nowe pravidła rynku umożliwiły zasadniczą przemianę i odejście od myślenia, iż jeżeli zakład był zawsze, to jego istnienie niezależnie od efektów finansowych jest gwarantowane i zapewnione na lata. Dlatego zakłady musiały przejść w ostatnich dziewięciu latach wprawdzie drogę restrukturyzacji mającej na celu dostosowanie ich do nowych reguł rynku, a następnie zostały zmuszone do poszukiwania rozwiązań, które utrzymałyby efekty restrukturyzacji i pozwoliły na stabilne przetrwanie i rozwój w przyszłości. Sytuacja ta spowodowała wytworzenie się określonej potrzeby wśród zarządzających, którzy, zmieniając myślenie, musieli wprowadzić nowoczesne narzędzia zarządzania, koncentrując

się szczególnie na tych, które umożliwiłyby trwałe zmiany w myśleniu i działaniu personelu zakładów opieki zdrowotnej, a głównie lekarzy i pozostałych grup zawodowych. Same instrumenty zarządzania są wprowadzane przez kierujących dowolnie, i mimo że nazwy są podobne, zastosowane metody mają różne efekty.

2. Potrzeba narzędzi

Świadomość zarządzających obserwujących efekty restrukturyzacji prowadzi do stwierdzenia, iż porządkowanie administracyjne, autokratycznymi decyzjami menedżerów, w szeroko zakrojonych procesach restrukturyzacyjnych, dobiega już końca i przychodzi czas na wdrożenie nowych narzędzi. Mają one zapewnić z jednej strony trwałe efekty działania, a z drugiej przenieść część odpowiedzialności na faktycznych decydentów finansowych zarządzających procesami leczniczymi w zakładach opieki zdrowotnej, tj. lekarzy. Należy stwierdzić, iż właśnie rynek medyczny najmniej podlegał dotychczas procesowi zmian, a właściwie nie przeżywał zmian aż do 1999 roku. Niechęć polityków do reformowania systemu wynikała po części ze specyfiki realizowanych świadczeń, ale także z oporu samych zainteresowanych, czyli kadry medycznej. Jednak medycyna nie może pozostawać na uboczu przemian, gdyż zmiany systemowe wymusiły określone zmiany w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej. Sama restrukturyzacja części administracyjnej i zaplecza technicznego, co zrobiono w pierwszych latach po reformie, ma swoje granice, po których przekroczeniu pozytywny efekt działań będzie wątpliwy i zdecydowanie niewystarczający do osiągnięcia celu w postaci bilansowania się lub generowania pozytywnego wyniku finansowego. W związku z tym należy zacząć wprowadzać takie narzędzia zarządzania, które bezpośrednio pozwolą zarządzającym na optymalizację kosztów medycznych, ale także zapewnią odpowiedni poziom bezpieczeństwa w podejmowanych decyzjach oraz nie narażą zdrowia i życia pacjentów.

Jednymi z takich narzędzi zarządzania, o których mówi się od czterech lat, są *controlling* i budżetowanie, będące w opinii wielu menedżerów panaceum na obecnie panujące problemy ze zbyt wysokimi kosztami działalności medycznej. Można się zgodzić z tym stwierdzeniem, ale narzędzia te powinny być zastosowane jako stałe instrumenty zarządcze, których celem nie będzie prosta redukcja kosztów w krótkim okresie, lecz efekty, które pozwolą na długookresowe osiąganie wymiernych skutków racjonalizacji działań i optymalizacji kosztów. Taki rezultat można osiągnąć jedynie poprzez trwałe zmiany, niekoniecznie oparte na modernizacji procesów organizacyjnych, ekonomicznych czy prawnych w zakładzie opieki zdrowotnej, ale także na zmianie postrzegania, mentalności i standardów zachowań pracowników firm medycznych.

Opisując zastosowanie nowego narzędzia, należy uwzględnić jego definicję: *controlling* polega na bieżącej analizie porównawczej planów. Przez to przedsięwzięcie steruje się procesami przedsiębiorstwa w taki sposób, aby nie dopuścić do

wystąpienia błędów i odchyień¹. Natomiast pojęcie budżetowania to proces przygotowania i opracowania serii spójnych budżetów i połączenia ich w jeden budżet główny przedsiębiorstwa². Narzędzie to na rynku usług medycznych jest dość swobodnie wdrażane, gdyż wiedza menedżerów jest istotnie zróżnicowana, co prowadzi do sytuacji, w której te same pojęcia opisują zupełnie inne zastosowania i ich efekty.

3. Narzędzia controllingu i budżetowania różnie zastosowane w zakładach opieki zdrowotnej

Stosowanie narzędzi controllingu i budżetowania w zakładach opieki zdrowotnej charakteryzuje się nie tylko niejednorodnością rozwiązań, lecz także poziomem wprowadzania, stopniem wykorzystania oraz implementacją różnej liczby elementów przypisywanych tym instrumentom. Można tu uwzględnić skrajne przykłady, od posługiwania się samą nazwą: *controlling* lub *budżetowanie* bez faktycznego stosowania aż do wprowadzania pełnych rozwiązań opartych na założeniach budżetowania w sferze finansowej (czyli przełożenia celów firmy na układy wartościowo-ilościowe) oraz korzystania z systemu controllingu jako całościowych rozwiązań w zarządzaniu. Efektem takiej sytuacji jest różna interpretacja rozumienia znaczenia obydwu narzędzi, a także, co jest w sumie ważniejsze, zupełnie odmienne rezultaty osiągane zarówno w trwałości, jak i w samym efekcie finansowym zakładu czy też realizacji założonych celów.

Obecnie odmienny stopień realizacji procesów restrukturyzacji oraz wprowadzenia controllingu i budżetowania stworzył sytuację, w której możemy zaobserwować pięć stopni zaawansowania zastosowania tych narzędzi w obszarze medycyny w dużych podmiotach medycznych, najczęściej publicznych szpitalach.

(1) „Wolność”. Tym określeniem można zobrazować stan trwający w zakładach opieki zdrowotnej charakteryzujących się słabym stopniem zakończenia procesów restrukturyzacji, w których próbuje się poszukiwać alternatywnych rozwiązań, mających za zadanie uporządkowanie wysokich kosztów działalności w zidentyfikowanych ośrodkach zadaniowych. Brak możliwości wprowadzenia optymalizacji kosztów wynika przede wszystkim z niechęci personelu medycznego do jakichkolwiek zmian i poczucia, iż to, co można było zrobić bez pogorszenia jakości leczenia, zostało już zrealizowane. Zarządzający ograniczają się do niechętnego akceptowania stanu praktycznej „wolności” decyzyjnej pracowników merytorycznych (medycznych), działających pod hasłem: „musimy leczyć pacjentów, a nie zabijać”. Powoduje to brak jakiegokolwiek nadzoru nad gospodarką lekami, sprzętem jednorazowego użytku czy materiałami medycznymi, a wykorzystywanie po-

¹ Mann/Meyer, *Controlling w twojej firmie*, Centrum Kierowania Liderów, Skierniewice 1998.

² K. Kowalska, *Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza 2001, s. 55.

jęć controllingu lub budżetowania przez zakłady sprowadza się do nazywania w ten sposób działów administracyjnych lub czynności wykonywanych przy planowaniu przychodowo-kosztowym czy też zbieraniu i analizowaniu danych. Efektywność takiego rozwiązania jest znikoma, gdyż użycie nazwy nie ma wpływu na zachowanie kadry medycznej. Identyfikowanie procesów zbierania i analizowania danych w sposób charakterystyczny dla służb księgowo-finansowych nie prowadzi do osiągnięcia żadnych skutków w sferze medycyny. Jedynym rezultatem takich działań, i to tylko w drugim rozwiązaniu, jest przekazywanie do komórek medycznych danych odzwierciedlających faktyczny stan, który został wygenerowany. Ponieważ nie prowadzi to do zmiany mentalności, więc pracownicy merytoryczni akceptują taką rzeczywistość, traktując ją jako element stały i niepodlegający dyskusji, natomiast problemy finansowe zakładu utożsamiają ze złym systemem opieki zdrowotnej w Polsce lub przerostem służb administracyjno-technicznych czy też błędami w zarządzaniu popełnianymi przez dyrekcję.

Konkludując: zarządzający w tych zakładach precyzyjnie ustalili genezę wysokich kosztów działalności operacyjnej, ale nie potrafią ich opanować w stosunku do możliwości finansowych, ani poprzez narzędzia administracyjne, ani poprzez inne, bardziej zaawansowane techniki zarządcze. Problemem jest głównie obszar medyczny, który z powodu swojej specyfiki jest bardzo trudny do kontrolowania przez zarządzających.

(2) Nadzór administracyjny. Drugim typem zakładów opieki zdrowotnej, w których funkcjonują pojęcia controllingu i budżetowania, są placówki znajdujące się w fazie głębokiej restrukturyzacji, która dotyczy wszystkich obszarów, w tym także obszaru medycznego. Zarządzający stosują szeroki wachlarz restrykcji w gospodarce zamawiania i stosowania leków, sprzętu i materiałów medycznych, opierając się na dwóch wymiarach działań. Pierwszy z nich to wprowadzenie systemu administracyjno-formalnego porządkującego gospodarkę kosztową, opartego na konkretnych dokumentach czy czynnościach zawierających elementy ograniczające np.: receptariusz szpitalny – ograniczenia asortymentu, poziomy uprawnień, przetargi – rezygnacja z pakietów, wybór oparty w 100% na cenie, systemy akceptacji zleceń na badania przez przedstawicieli dyrekcji itp. Drugą metodą, stosowaną równocześnie, jest wykorzystywanie, szczególnie w zakładach o znacznym zadłużeniu, ograniczeń w dostawach (czy blokowanie przez dostawców), administracyjne blokowanie proceduralne lub też stały przekaz werbalny o konieczności ograniczania kosztów. Pierwszy z tych elementów jest działaniem na granicy prawa, ale też często jedyną możliwością zastosowania blokad przez zarządzających w stosunku do personelu medycznego, posługującego się w każdej sytuacji argumentem ratowania życia. Wykorzystywanie pojęć controllingu czy budżetowania jest swobodną „zasłoną dymną”, otoczką w przekazie komunikacyjnym, mającym podkreślić, iż działania restrykcyjne wynikają z narzędzia systemowego, a nie ze stosowania przez zarządzających administracyjnego ograniczania kosztów. W takim rozwiązaniu funkcjonuje stały system dostarczania informacji o poziomie kosztów wygenerowanych, który pozwala na formułowanie przez menedżerów interpretacji danych

tak, aby komórki zadaniowe odczuwały stały nacisk na dalszą redukcję kosztów. Nadzór administracyjny wymaga znacznej konsekwencji w działaniu ze strony zarządzających, a także stosowania wzmocnienia w formie motywowania, głównie negatywnego. Podstawową trudnością w stosowaniu tego rozwiązania jest przejmowanie całej odpowiedzialności za ewentualne skutki redukcji kosztów przez menedżerów. Wystąpienie zjawisk niepożądanych będzie, w odruchu obronnym, przekierowywane z komórek medycznych, uważających, że stosowały polecenia dyrekcji, w kierunku zarządzających, jako czynnika sprawczego danej sytuacji. Działania te są skuteczne w krótkim okresie intensywnej i głębokiej restrukturyzacji, aczkolwiek ryzykowne z uwagi na możliwość przerzucania odpowiedzialności oraz funkcjonowania stałego konfliktu i antagonizmu między pracownikami merytorycznymi a dyrekcją.

(3) Limitowanie kosztów. Rozwiązanie wprowadzające większość elementów narzędzia budżetowania polega na stworzeniu budżetu głównego zakładu oraz zdezagregowaniu go na poszczególne komórki medyczne oraz medyczne usługowe. Subbudżety komórek są opracowane na podstawie kosztowych danych historycznych z projekcją skorelowaną z zakładanym poziomem przychodu oraz uwzględniającą zmiany w poziomie cen jednostkowych poszczególnych materiałów i usług. W ten sposób przygotowane dane kosztowe w poszczególnych grupach podlegają ograniczeniu o wskaźnik procentowy w stosunku do poziomu osiąganego w poprzednich okresach. Na tym etapie następuje efekt restrykcyjny i narzucania do wykonania zadań medycznych na podstawie sztywnych nieprzekraczalnych budżetów kosztowych, lub rzadziej, przychodowych. Pozwala to zabezpieczyć zakład przed nadmiernym generowaniem wydatków ponad założone plany. Pracownicy merytoryczni mają za zadanie takie rozplanowanie w czasie danego okresu, najczęściej miesięcznego, swoich zamówień na materiały, jak i zleceń na badania, aby nie doszło do sytuacji niedoboru w zaopatrzeniu i zabezpieczeniu pacjentów. Taki system ustanawia dwa ośrodki decyzyjności, przy czym pierwszy, na poziomie dyrekcji, wyznacza zadania budżetowe, czyli maksymalne poziomy kosztów i maksymalne oraz minimalne poziomy przychodów, natomiast decyzje o wykorzystaniu przyznanego środków są umiejscowione bezpośrednio w miejscu ich powstawania i podlegają zarządzaniu przez pracowników merytorycznych. Pozwala to na wykorzystanie szczegółowej wiedzy przy podejmowaniu decyzji przez osoby będące z racji swoich kwalifikacji najlepiej merytorycznie do tego przygotowane. Rozkłada to odpowiedzialność za realizację świadczeń, zarówno leczniczą, jak i finansową, na dwa ośrodki decyzyjne, z których każdy ma określone kompetencje, uprawnienia i wiedzę do realizacji zadania. Rozwiązanie to broni zarządzających przed zarzutami, iż nie zapewniają odpowiedniego poziomu materiałów i usług, gdyż decyzje o wykorzystaniu poszczególnych zasobów są w rękach ordynatorów. Z drugiej strony umożliwia się osobom merytorycznym podejmowanie decyzji w ramach przyznanego środków, co pozwoli na współdziałanie obydwu ośrodków. Ryzykiem występującym przy takim wykorzystaniu elementów budżetowania mogą być sytuacje, w których obciążenie kosztowe w danym okresie dla

danej komórki jest niewspółmierne ze stałą tendencją, na której podstawie obliczono budżet, i może nastąpić czasowy brak danego zasobu. Stworzy to sytuację czasowego zagrożenia prawidłowego funkcjonowania, ale możliwość takich zdarzeń ma charakter incydentalny, przez co należy je traktować jako sytuacje wyjątkowe, nie mające wpływu na całokształt narzędzia. Drugim elementem, który generuje problemy przy sztywnym limitowaniu świadczeń, jest brak korelacji między poziomem sprzedaży a poziomem kosztów, niezmiennym w danym okresie. Powoduje to, iż okresowo może brakować poszczególnych zasobów (przy dużej liczbie hospitalizacji) lub że mogą być one wykorzystywane w nadmiernej ilości w stosunku do zapotrzebowania optymalnego (przy mniejszej liczbie leczonych). Aby uniknąć zagrożenia wynikającego z takiej sytuacji, konieczne się staje utrzymywanie liczby hospitalizacji na sztywnym miesięcznym poziomie, co jest trudne z uwagi na sezonowość usług lub przypadki nagłe, albo też uwzględnić zdarzenia przewidywane, obserwowane statystycznie, przy tworzeniu limitów budżetowych.

Podsumowując: limitowanie kosztów jest rozwiązaniem przynoszącym zarówno efekty finansowe, jak i możliwość współdecyzyjności przez osoby merytoryczne odpowiadające za daną komórkę medyczną. Istotnym problemem jest trwałość opisanego systemu, ponieważ takie skonfigurowanie decyzyjności i odpowiedzialności nie ma charakteru zmiany zachowań i mentalności i będzie funkcjonować tylko w sytuacji ciągłego wyznaczania poziomu zasobów i blokowania dystrybucji po przekroczeniu założonej kwoty. Rezygnacja zarządzających ze stosowania systemu spowoduje natychmiastowy powrót do poprzednich zachowań, czyli generowania kosztów w wysokości sprzed zastosowania limitowania albo nawet jeszcze wyższym.

(4) Budżetowanie. Rozwiązaniem wyższego rzędu (od wcześniej opisanych), jest wprowadzenie pełnego systemu budżetowania. Jest to narzędzie głównie finansowe, oparte na przydzieleniu określonych kwot w zakresie grup przychodów i kosztów w określonym czasie. Pełne zastosowanie jest oparte na sprzężeniu ze sobą kilku zasadniczych elementów:

1. Decentralizacja zarządzania i współuczestnictwo – polegające na sformalizowanym przekazaniu przez *top management* części uprawnień i odpowiedzialności średniej kadrze zarządzającej. Formalizacja musi posiadać wysoką rangę dokumentu i polega na rozszerzeniu zakresu obowiązków (kierownika, ordynatora) lub też poprzez dokonanie odpowiednich zapisów w statucie zakładu. Istotą tego działania jest precyzyjne zdefiniowanie obszarów decyzyjności i odpowiednie alokowanie kompetencji zarządczych na poszczególnych szczeblach kierowania. Efektem takiego rozwiązania jest uniknięcie sporów kompetencyjnych w poszczególnych sytuacjach między różnymi poziomami ośrodków decyzyjnych. Kluczowe jest także określenie granicy poziomu, którego wolność zarządcza średniego szczebla jest poza ingerencją wyższego szczebla, a po której przekroczeniu *top management* musi reagować na negatywne zjawiska. Dodatkowym elementem decentralizacji jest wzbudzenie impulsu współuczestnictwa w systemie opartym na

wpływie średniego szczebla zarządzania na podejmowanie decyzji strategicznych i operacyjnych w zakładzie.

2. Realizacja fazy przygotowawczej zakładu i szkoleń personelu – wdrożenie systemu nie ma charakteru przeliczenia budżetów i wprowadzenia ich do realizacji, ale jest poprzedzone czynnościami przygotowawczymi: analizą obecnej sytuacji, zidentyfikowaniem „wąskich gardeł”, ustaleniem modelu docelowego, stworzeniem średnio- i długookresowego planu strategicznego, reengineeringiem struktury organizacyjnej, przemodelowaniem planu kont wraz z precyzyjnym alokowaniem przychodów i kosztów dla danych komórek organizacyjnych oraz minimum 3-6-miesięcznymi szkoleniami o różnym stopniu zaawansowania wiedzy dla wszystkich pracowników zakładu.

3. Kompleksowość systemu – jest to całościowe narzędzie, dotyczące wszystkich obszarów zakładu opieki zdrowotnej, które zostały/będą podzielone na podstawie obowiązującej struktury organizacyjnej na centra zysków i centra kosztów, zależnie od charakteru wykonywanej działalności. Każde z centrów otrzymuje konkretne zadanie wyrażone finansowo, będące częścią zadania wyznaczonego dla całego zakładu, a stanowiące budżet, czyli plan działalności i zarazem zadanie budżetowe do wykonania.

4. Korelatywność poziomu aktywności z poziomem kosztów – budżetowanie kosztów jest skorelowane z poziomem przychodów zgodnie z potrzebą fleksybilności. Budżety fleksybilne są definiowane jako wartości oczekiwane kosztów, według poszczególnych kategorii kosztowych, na poziomie poszczególnych ośrodków odpowiedzialności oraz dla całego przedsiębiorstwa, przy różnych poziomach aktywności³. Ma to istotne znaczenie dla systemu, ponieważ mimo wyznaczenia miesięcznych poziomów sprzedaży jako pewnej stałej trudno we wszystkich obszarach, w każdym okresie, oczekiwać, aby poziom aktywności był niezmienny. Taka korelacja wymaga przeniesienia wyliczanych budżetów parametru miesięcznego na parametr nośnika kosztów (np. hospitalizacja, konsultacja, badanie), co pozwoli na dynamiczne wyliczanie budżetów kosztowych adekwatnie do realizowanej liczby nośników.

5. Podzielność kosztów kontrolowanych – wprowadzenie podziału między kosztami kontrolowanymi, zależnymi od decyzji podejmowanych bezpośrednio w centrum, a kosztami niekontrolowanymi, zależnymi od działań dyrekcji i administracji. Poszczególne obszary kosztów są wewnętrznie podzielone na poszczególne grupy kosztów wyznaczających ich maksymalny poziom jako element prognostyczny (punkt odniesienia), a nie sztywny limit w danym okresie.

6. Mierzalność efektów i monitoring – rezultatem podziału na obszary kontrolowane i niekontrolowalne jest sytuacja, w ramach której dostarcza się średniemu szczeblowi zarządzania, poprzez stały system monitoringu osiąganych parametrów, precyzyjną informację o wykonaniu w poszczególnych grupach kosztów (tylko kontrolowanych) i przychodów. Przekłada się to na podstawową ocenę, którą

³ K. Kowalska, *op. cit.*, s. 60

w centrum zysku jest wynik finansowy (różnica między poziomem przychodów i kosztów), a w centrum kosztów poziom kosztów. Tak więc ten model budżetowania wprowadza szczegółowe monitorowanie grup kosztów, ale rozliczanie z wykonanych zadań dokonuje się na podstawie efektu ogólnowynikowego, składającego się z kilku parametrów (przychód, nadwykonanie lub niedowykonanie, koszty kontrolowane, osobowe, niekontrolowane).

7. Specyficzność stanowiskowa systemu – budżetowanie, aby mogło sprawnie funkcjonować, wymaga utworzenia stanowisk w strukturze, które będą odpowiedzialne za prowadzenie systemu oraz ewentualne modernizacje i ulepszenia. Do takich stanowisk należą:

- kolegium budżetowe – ciało doradczo-opiniujące systemu, złożone z przedstawicieli dyrekcji, kierowników administracyjnych oraz ordynatorów oddziałów i kierowników komórek medycznych; ma ono na celu obiektywne opiniowanie zdarzeń w systemie oraz negocjowanie poziomu budżetów rocznych dla poszczególnych centrów odpowiedzialności;
- główny asystent budżetowy – kluczowe stanowisko odpowiedzialne za utrzymanie ciągłości systemu, zbieranie, analizowanie danych, ustalanie odchyłeń i ich przyczyn, tworzenie projektów budżetu i subbudżetów, przygotowywanie raportów na podstawie monitorowania;
- asystenci budżetowi – osoby powołane w obrębie centrów odpowiedzialności, stanowiący wsparcie w systemie dla osób odpowiedzialnych za centrum.

8. Ocenność i motywacyjność systemu – istotna funkcja budżetowania, która musi spełniać pewne założenia, bez których ta funkcja nie mogłaby być zrealizowana. Wpływ na budżety powinni mieć pracownicy, którzy będą go realizować, oraz kierownicy, będący współtwórcami planów budżetowych poprzez komunikowanie się z zarządem, ustalanie parametrów oraz negocjacje z kolegium budżetowym przy przyjmowaniu zadań budżetowych. Budżety powinny mieć także charakter wyzwania, mobilizującego do działania, a także być możliwe do wykonania, gdyż plany nieosiągalne działają demotywacyjnie na personel zakładu⁴. Motywowanie ma za zadanie stymulować realizację zadań, lecz z uwzględnieniem osiągniętych efektów:

- odchylenie pozytywne – motywowanie pozytywne,
- uzyskanie parametrów planowanych – motywowanie pozytywne (o mniejszym nasyceniu),
- odchylenie negatywne – motywowanie negatywne.

Ocenianie i motywowanie w systemie budżetowania muszą się bezwzględnie opierać na parametrach przedstawianych przez system, co pozwoli na osiągnięcie wysokiego poziomu obiektywności.

⁴ P. Nowicki, P. Pobrotyn, J. Drobnik, *Budżetowanie jako narzędzie wspomagające zarządzanie finansami w ZOZ*, [w:] *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing*, red. J. Drobnik, P. Kolbek, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego, Wrocław 2006, s. 13-14.

Należy stwierdzić, iż zakłady stosujące budżetowanie pełnosystemowe posługują się dobrym narzędziem ekonomicznym w obszarze medycznym, które pozwala im na racjonalizację i optymalizację strony kosztowej oraz maksymalizację strony przychodowej, z nastawieniem na osiągnięcie określonych celów finansowych. Wprowadzenie decentralizacji i współdziałania średniego szczebla prowadzi do podziału kompetencji między wyższym szczeblem, odpowiedzialnym za zarządzanie strategiczne oraz koordynację i częściowe planowanie w zarządzaniu operacyjnym, a średnim szczeblem, który współuczestniczy w planowaniu operacyjnym, zarządza operacyjnie i taktycznie pod wytyczne ustalone w strategii. Efektem takiego rozwiązania jest jasne przedstawienie oczekiwań kierownikom oraz umożliwienie wykorzystania ich kreatywności i wiedzy merytorycznej, a także samodzielności przy realizacji celów.

(5) Controlling i budżetowanie. Ostatnim i najpełniejszym rozwiązaniem jest zastosowanie wszystkich elementów budżetowania wraz z wyższym poziomem narzędzia zarządzania, czyli controllingu. Ten instrument wprowadza inny pogląd na zarządzanie zakładem, gdyż implementuje system całościowego spojrzenia na procesy zarządcze, które są oparte na stworzeniu mechanizmu doradczono-monitorującego nastawionego na osiąganie celów we wszystkich obszarach działalności. W efekcie następuje nie tylko wykorzystanie monitorujące parametrów finansowych w działalności operacyjnej, które umożliwia budżetowanie, lecz także wprowadzenie systemu w zarządzanie strategiczne i realizację celów strategicznych oraz wdrożenie mechanizmów opartych na parametrach ilościowych i jakościowych w sterowaniu średnio- i długookresowym. *Controlling* to przyjaciel i doradca, który pomaga w wyznaczaniu celów, dostarcza informacji o stopniu ich realizacji w czasie, monitoruje otoczenie zewnętrzne i wewnętrzne oraz wskazuje problemy i podpowiada rozwiązania. *Controlling* jest ponadfunkcyjnym instrumentem zarządzania, które powinno wspierać dyрекcję przedsiębiorstwa i pracowników zarządu przy podejmowaniu decyzji. Należy go również rozumieć jako proces sterowania zorientowany na wynik przedsiębiorstwa, a realizowany przez planowanie, kontrolę, sprawozdawczość i kierowanie⁵. Definicja ta podkreśla trzy podstawowe funkcje⁶:

- funkcja wspierania decyzyjności – planowanie, dostarczanie informacji, analiza i doradztwo,
- funkcja zorientowana na wynik – nastawienie i koncentracja na osiągnięciu celów,
- funkcja zarządzania i koordynacji – wzmacniająca tożsame elementy zarządzania: planowanie, kierowanie i kontrolę, oraz wprowadzająca dodatkowo monitorowanie, a także koordynację wszystkich obszarów i działań.

⁵ H.J. Vollmuth, *Controlling. Planowanie, kontrola, zarządzanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1993, s. 15.

⁶ P. Nowicki, J. Drobnik, P. Pobrotyn, *op. cit.*, s. 56.

Pytanie, które można postawić: czy są to już wszystkie funkcje, które pełni *controlling*? Podane powyżej funkcje *controllingu* nie wyczerpują podstawowego pojęcia *controllingu*. Należy zatem zaryzykować stwierdzenie, że narzędzie to ma dodatkową ukrytą funkcję.

4. Ukryta funkcja *controllingu*, czyli „wolność opanowana”

Wymienione w poprzednim podrozdziale trzy funkcje należy rozszerzyć o kolejną, związaną bezpośrednio z nastawieniem *controllingu* na aspekt ludzki i stawiający go ponad aspekt finansowy budżetowania jako samodzielnego narzędzia. Funkcja ta jest ukryta, co wynika z tego, iż wszyscy koncentrują się na efektach trzech podstawowych funkcji, z ukierunkowaniem uwagi na ekonomiczną stronę zarządzania w krótkim okresie. Natomiast funkcja ta, oparta na kierowanej zmianie zachowań, osiąganej przez stałe dostarczanie informacji i ocenianie zdarzeń, ich przyczyn i skutków, pozwala na osiągnięcie stałego efektu zmiany postępowania i mentalności. Trwałość, którą można osiągnąć, opiera się nie na elementach psychologicznych, ale na samym stosowaniu narzędzia. Można stwierdzić, iż zaprzestanie działania systemu w firmie nie spowoduje powrotu do stanu wyjściowego. Składa się ona z kilku wzajemnie powiązanych elementów:

- jasny przekaz oczekiwań – założone cele, strategiczne i operacyjne, są przekazywane na niższe szczeble zarządzania w postaci częściowych lub całościowych planów działania,
- uświadamianie zachodzących procesów zarządczo-ekonomicznych – wprowadzanie kadry medycznej w obszar zarządzania oraz przyczyn i skutków zdarzeń ekonomicznych występujących w trakcie procesów medycznych,
- obiektywny system motywacyjny – realizacja funkcji motywacyjnych na podstawie precyzyjnego i obiektywnego materiału porównującego parametry oczekiwane z osiąganymi, dającego jasne kryteria do podejmowania decyzji motywowania pozytywnego i negatywnego;
- współdziałanie w zarządzaniu – decentralizacja zarządzania przełożona na współdecyzyjność o losach firmy;
- wolność w decyzjach operacyjnych – umożliwienie wykorzystania wiedzy merytorycznej, kreatywności i chęci działania niższych szczebli zarządzania w ramach realizacji celów;
- wzajemna akceptacja wiedzy – wspólne ustalanie celów możliwych do osiągnięcia w korelacji między stroną ekonomiczną zarządzających a stroną medyczną kadry lekarskiej;
- synergia pomysłów, wiedzy i umiejętności – wykorzystanie szerszej grupy ludzi do ustalania celów, planów i metod realizacji;
- szkolenia.

Umożliwi to (w okresie około roku do dwóch lat) osiągnięcie efektów w postaci:

- trwałej zmiany postrzegania i mentalności personelu,
- trwałej zmiany zachowań,
- stworzenia nowych wzorców zachowań i wzmocnienia zachowań pozytywnych,
- zidentyfikowania pracowników z firmą,
- wzmocnienia odpowiedzialności za swoją komórkę i zarazem za całość firmy.

Konkludując, „wolność” dotychczas obowiązująca w obszarze medycyny w zakładzie opieki zdrowotnej, polegająca na większym lub mniejszym braku kontroli i obawie przed ingerencją, ma się stać „wolnością opanowaną”. Wolnością decyzji merytorycznych ordynatorów i kierowników komórek medycznych opanowaną i wpisaną w ramy realizacji celów strategicznych firmy poprzez *controlling*. Tak więc jest to droga od „wolności” do ... „wolności opanowanej”.

5. Podsumowanie

Stosowanie elementów budżetowania lub budżetowania jako narzędzia całościowego w różnych modelach może przynieść wymierne efekty zakładowi opieki zdrowotnej, lecz efekt nie ma charakteru trwałego i będzie zawsze obarczony zarzutem wprowadzania restrykcji. Każde ograniczenie traktowane jako coś narzuconego jest postrzegane jako zamach na prawo podejmowania decyzji przez lekarzy i dlatego nie będzie skutecznym narzędziem, jeżeli nie zostanie wzmocnione mechanizmem zmiany postrzegania i zachowań. Dlatego potrzebne jest wprowadzanie elementów controllingu, który przyniesie takie zmiany w mentalności, aby stosowanie racjonalnej gospodarki finansowej przez lekarzy stało się dla nich wzorcem zachowań i pozytywnym w postrzeganiu wartości. Przedstawionym powyżej rozwiązaniem zagwarantujemy sobie pełne powodzenie przedsięwzięcia wraz z trwałym efektem oddziaływania.

Literatura

- Kowalska K., *Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza 2001.
- Mann/Meyer, *Controlling w twojej firmie*, Centrum Kierowania Liderów, Skierniewice 1998.
- Nowicki P., Pobrotyn P., Drobnik J., *Budżetowanie jako narzędzie wspomagające zarządzanie finansami w ZOZ*, [w:] *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie – controlling – outsourcing*, red. J. Drobnik, P. Kollbek, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego, Wrocław 2006.
- Vollmuth H.J., *Controlling. Planowanie, kontrola, zarządzanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1993.

THE FREEDOM OF CONTROL: THE FULL USE OF ALL FUNCTIONS OF CONTROLLING

Summary

This article focuses on controlling as a management tool in health care institutions, whose need has been created by current situation in health care institutions. Current processes of restructurizations and adjustment to the markets rules of functioning cannot omit the most difficult area of medicine, that is the question of adjusting medical personnel to the economic situation of health care units.

The need for tools that enable health care entities to achieve permanent benefits comes from the fact that the most public health care institutions fail to manage their personnel efficiently. The tool that will help health care entities achieve particular economic goals and at the same time change the way their personnel think and work is controlling. This is why it is essential to implement the elements of controlling.