

Maria Hass-Symotiuk, Przemysław Mućko

Uniwersytet Szczeciński

NIEFINANSOWA PERSPEKTYWA OCENY W CONTROLLINGU OPERACYJNYM ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wstęp

Controlling bywa definiowany jako proces sterowania zorientowany na wynik przedsiębiorstwa i realizowany przez planowanie, kontrolę i sprawozdawczość [3]. Przy tym wynik często interpretuje się w kategoriach finansowych, pozostawiając na marginesie inne cele jednostek gospodarczych. Podejście to znajduje swoje uzasadnienie w odniesieniu do większości jednostek zorientowanych na osiąganie zysku, ponieważ takie są oczekiwania ich najważniejszych interesariuszy, czyli właścicieli. Jednakże w przypadku zakładów opieki zdrowotnej wynik działalności należy rozumieć szerzej ze względu na bardziej złożone otoczenie i oczekiwania interesariuszy. Takie szersze ujęcie wyników prowadzi do postulatu internalizacji niefinansowych mierników oceny funkcjonujących w otoczeniu ZOZ na poziomie controllingu operacyjnego tych jednostek.

2. Controlling w zakładach opieki zdrowotnej

Zasadniczym warunkiem realizowania zadań jednostek gospodarczych jest sprawna transformacja tych zadań na działania na poziomie operacyjnym. Idea ta jest podstawą popularności systemu wspomagania kierownictwa, jakim jest controlling. Pozwala on ukierunkować decyzje i działania kierownictwa wszystkich szczebli jednostki na osiąganie jej celów [6, s. 14], realizację misji i strategii wyznaczonych na podstawie oczekiwań najważniejszych interesariuszy.

Warto przy tym pamiętać o rozróżnieniu controllingu operacyjnego i strategicznego, bazującym na rozdziale pól decyzyjnych najwyższego szczebla zarządzania i kierowników operacyjnych jednostki. Controllingowi operacyjnemu przy-

pisuje się zadanie sterowania zyskiem przedsiębiorstwa w krótkim okresie za pomocą planów techniczno-ekonomicznych i budżetów o rocznym horyzoncie czasowym. Controlling strategiczny zaś obejmuje analizę odchyleń w całym planie jednostki, w szerszym zakresie wykorzystując mierniki niefinansowe, jakościowe i ilościowe [6, s. 51-57]. Jakkolwiek w controllingu operacyjnym mierniki niefinansowe również mają zastosowanie, nie tworzą jednak jednolitej całości wyraźnie powiązanej z celami jednostki [6, s. 312].

Krytycznym warunkiem wdrożenia controllingu w ZOZ jest decentralizacja zarządzania i wyodrębnienie ośrodków odpowiedzialności [1, s. 68]. Przy tym kierownictwo ośrodka odpowiedzialności powinno nie tylko posiadać określoną autonomię działania, ale również znać kryteria i mierniki oceny, odzwierciedlające stopień realizacji zadań jednostki. W odniesieniu do ZOZ ośrodki odpowiedzialności i kryteria ich oceny można sformułować następująco [1, tab. 1]:

1. Centra produkcji mają najmniejszy zakres kompetencji. W strukturze organizacyjnej mogą odpowiadać pojedynczym gabinetom i poradniom. Dotyczące ich mierniki obejmują przede wszystkim ilościowe rezultaty działalności, takie jak liczba wykonanych świadczeń i ich terminowość.

2. Centra kosztów, których kierownictwo odpowiada przede wszystkim za koszty działalności, to najczęściej spotykane ośrodki odpowiedzialności w ZOZ. Kryteria ich oceny, czyli koszty, są mierzone w przekroju według rodzajów lub w odniesieniu do nośników kosztów, takich jak porady, procedury, pacjenci, jednostki chorobowe, dni hospitalizacji czy jednorodne grupy pacjentów.

3. Centra zysków mogą być oceniane przez pryzmat osiągniętych rezultatów działalności. W kontekście zadań stawianych jednostkom sektora ochrony zdrowia rezultaty te należy rozumieć szerzej niż tylko jako przychody, koszty i wynik finansowy. Centrami zysku można mianować filie ZOZ, przychodnie lub oddziały szpitalne.

Wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności nie można rozliczać wyłącznie na podstawie kryteriów finansowych. Dlatego potrzebne są narzędzia zapewniające spójność celów funkcjonowania ZOZ z kryteriami oceny ośrodków odpowiedzialności.

3. Zrównoważona karta wyników w ZOZ

Narzędziem, które w większym stopniu pozwala na ujęcie pozafinansowych aspektów działalności jednostki, jest zrównoważona karta wyników. Mierzy ona dokonania jednostek w czterech perspektywach:

- finansowej,
- klienta (pacjenta),
- procesów wewnętrznych,
- rozwoju.

W odniesieniu do ZOZ wyliczone perspektywy nie wyczerpują całości i niezbędnej szczegółowości aspektów oceny ZOZ. Zapewnić ją może tylko analiza

zewnętrznych wobec zakładu systemów i mierników ich oceny, funkcjonujących w ochronie zdrowia.

4. Zewnętrzne systemy oceny ZOZ

Zgodnie z przepisami organ tworzący sprawuje nadzór, wykonując kontrolę i ocenę ZOZ obejmującą m.in. [8, art. 67, ust. 3]:

- realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń,
- prawidłowość gospodarowania mieniem,
- gospodarkę finansową.

Przepisy wykonawcze [5] precyzują, że ocena pierwszego aspektu jest dokonywana na podstawie m.in. liczby świadczeń, okresu oczekiwania pacjentów, liczby pracowników, zgodności ze standardami oraz wyposażeniem w aparaturę, sprzęt medyczny i techniczny. Ocena gospodarki mieniem obejmuje mierniki wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego. Ocena zaś gospodarki finansowej wymaga analizy kwartalnych sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym jednostki oraz rocznego planu i rocznego sprawozdania rzeczowo-finansowego jednostki.

Należy zauważyć, że przepisy nie określają bliżej mierników oceny ZOZ. Przedstawione regulacje mają charakter bardziej kierunkowy lub przykładowy, pozostawiając dużą swobodę przy ocenie jednostek ochrony zdrowia.

NFZ w celu porównania ofert składanych przez różnych świadczeniodawców ocenia je, biorąc pod uwagę oprócz ceny [7, art. 148]:

- ciągłość,
- kompleksowość,
- dostępność,
- jakość udzielanych świadczeń,
- kwalifikacje personelu,
- wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
- wewnętrzną oraz zewnętrzną oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją.

Precyzując ustawowe kierunki oceny, Prezes NFZ określa szczegółowe kryteria oceny, zgodnie z którymi ocenia się pewne aspekty. Zaprezentowano je w tab. 1.

Pomimo zatytułowania wyliczonych kryteriów oceny ZOZ jako „kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, zauważyć można, że zmierzają one przede wszystkim do oceny jakości i dostępności kontraktowanych świadczeń medycznych.

Wykorzystywana przez NFZ akredytacja dotyczy m.in. certyfikatów akredytacyjnych wydawanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Kryteria oceny zastosowane na potrzeby tej akredytacji są opisane w standardach dla trzech rodzajów działalności: lecznictwa zamkniętego, psychiatrii i POZ. Standardy te grupują wymagania w następujących obszarach (dla POZ):

- organizacja jednostki,
- zespół jednostki,
- poprawa jakości,
- prawa pacjenta,
- bezpieczeństwo opieki,
- wszechstronność opieki,
- dokumentacja medyczna,
- infrastruktura.

Tabela 1. Kryteria i wybrane mierniki oceny ofert ZOZ przez NFZ w procesie kontraktowania świadczeń medycznych

Kryteria oceny	Miernik oceny
Jakość	– udział wyżej wykwalifikowanego personelu w pracy jednostki (w strukturze czasu pracy), – wyposażenie w określony sprzęt i aparaturę, – posiadanie zewnętrznej akredytacji (Centrum Monitorowania Jakości lub ISO), – spełnianie specyficznych warunków sanitarnych i lokalowych, – spełnianie określonych warunków w zakresie organizacji udzielania świadczeń, – wystąpienie i waga wniosków pokontrolnych, – <u>poziom świadczeń mierzony typem poradni (poradnia typu 1, 2 lub 3)</u>
Kompleksowość	– świadczenie szerokiego zakresu usług, – spełnienie określonych warunków techniczno-lokalowych, – obecność na terenie obiektu określonego sprzętu, – spełnienie określonych warunków lokalizacji
Dostępność	– tygodniowy czas pracy, – dostępność dla osób niepełnosprawnych, – świadczenie określonych usług w obiekcie, – dostęp do określonych badań w obiekcie
Ciągłość	– stopień dotrzymania warunków w czasie trwania umowy, – zawarcie określonych umów pozwalających na kontynuację leczenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zarządzenia Nr 46/2006 z dnia 23 sierpnia 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dobór szczegółowych wymagań akredytacyjnych (których np. dla POZ jest 136) jest uwarunkowany ich wpływem na świadczenia i bezpieczeństwo pacjentów. W akredytacji dominuje więc również aspekt jakości, choć obecny jest także aspekt dostępności. Ocenie podlegają przede wszystkim procesy – nie tylko świadczenia usług zdrowotnych, ale również procesy zarządzania. W pewnym zakresie ocena dotyczy też zasobów.

Nieco inaczej skonstruowany jest system pytań do rankingu sporządzany przez tę samą instytucję (CMJ) wraz z dziennikiem „Rzeczpospolita”. Pytania są pogrupowane w obszarach, jak to pokazano w tab. 2.

Tabela 2. Obszary oceny szpitali w rankingu Centrum Monitorowania Jakości i dziennika „Rzeczpospolita”

Grupa obszarów oceny	Obszar oceny
Zarządzanie	– budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków, – zarządzanie majątkiem, – zasilanie w media i instalacje, – systemy informatyczne, – zarządzanie, – finanse
Jakość opieki	– jakość usług, – certyfikaty jakości, – komfort pobytu pacjenta, – analiza zdarzeń i skarg
Opieka medyczna	– blok operacyjny, – system sterylizacji, – możliwość leczenia pacjenta w stanie nagłym, dostęp do diagnostyki, – polityka lekowa, – personel i jego kwalifikacje.

Źródło: opracowano na podstawie [2].

Podobnie jak przy akredytacji większość pytań koncentruje się na jakości procesów zarządzania i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz na zasobach jednostki. Sporządzony na tej podstawie ranking – zgodnie ze swoim tytułem „Bezpieczny szpital” – wykonany jest z punktu widzenia pacjenta.

Kompleksowej oceny jednostek ochrony zdrowia należy się spodziewać po projekcie przepisów tworzących krajową sieć szpitali. Ogłoszony przez Ministerstwo Zdrowia projekt zawiera cztery rodzaje kryteriów:

- kryteria funkcjonalne, określające, które jednostki podlegają procedurze oceny,
- kryteria strukturalne, określające optymalne liczby łóżek szpitalnych w przekrojach województw i grup oddziałów szpitalnych,
- kryteria finansowe, premiujące szpitale stabilne finansowo,
- kryteria jakości, mierzone z wykorzystaniem ankiety, której pytania odnoszą się do jakości procesów medycznych i procesów zarządzania.

Z założeń projektu wynika, że kwalifikacja jednostek do sieci odbędzie się na szczeblu regionalnym z pozostawieniem regionom pewnego zakresu swobody. Z tego powodu wskaźniki efektywności mierzone na poziomie jednostek ograniczono do wskaźników finansowych. Efektywność mierzą również tzw. wskaźniki łóżkowe, ale są one liczone wyłącznie na poziomie regionów.

5. Uwagi końcowe

Przedstawione zewnętrzne systemy oceny ZOZ pokazują, że podlegają one wszechstronnej ocenie, zdecydowanie wykraczającej poza perspektywę finansową.

Dlatego można się pokusić o jej uzupełnienie o perspektywę zobrazowane w formie matrycy w tab. 3. Matryca ta bazuje na nowoczesnych ujęciach systemu ochrony zdrowia [4, s. 17] oraz zadań tego systemu.

Tabela 3. Matryca niefinansowych perspektyw oceny ZOZ z przykładowymi miernikami oceny

Mierniki	Skuteczności	Efektywności	Dostępności	Jakości
Zasobów rzeczowych ludzkich, finansowych, organizacyjnych	Stopień osiągnięcia stanu posiadania zasobów wymaganych prawnie, wyznaczonych w standardach bądź własnej strategii	Efektywność wykorzystania zasobów, mierzona np. przelotowością łóżka szpitalnego, wykorzystania czasu pracy urzędników itp.	Harmonogram i godziny pracy, czas oczekiwania na procedury medyczne; dostępność dla osób niepełnosprawnych	Nowoczesność/zużycie zasobów rzeczowych; kwalifikacje personelu
Procesów leczenia zarządzania		Liczba porad, zabiegów, procedur medycznych; koszty jednostkowe stosowanych nośników kosztów		Satysfakcja pacjentów i personelu; stopień identyfikacji pracowników z celami funkcjonowania jednostki
Efektów zdrowotnych finansowych	Efekty zdrowotne wykonanych zabiegów; wyniki finansowe, płynność			

Źródło: opracowanie własne.

Istniejące zewnętrzne systemy oceny ZOZ wskazują na silniejszą integrację i zależność tych jednostek od otoczenia niż ma to miejsce w innych sektorach gospodarki. Pozwalają one jednocześnie na włączenie zewnętrznych kryteriów oceny do controllingu operacyjnego jednostki. Dlatego wydaje się zasadne poszerzenie zestawu mierników tego narzędzia zarządzania o mierniki narzucane jednostkom przez NFZ, organy założycielskie, Ministerstwo Zdrowia oraz stosowane przez organizacje nadzorujące jakość i reprezentujące pacjentów.

Literatura

- [1] Hass-Symotiuk M., *Centra odpowiedzialności w systemie controllingu zakładów opieki zdrowotnej, Informatyka w controllingu*, Szczecin 2003.
- [2] <http://www.cmj.org.pl/>, 1 kwietnia 2007.
- [3] Nowak E. (red.), *Leksykon rachunkowości*, PWN, Warszawa 1996.
- [4] Poździoch S., Włodarczyk C., *Systemy zdrowotne: zarys problematyki*, UJ, Kraków 2003.

-
- [5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, DzU 1999 nr 94, poz. 1097.
 - [6] Sierpińska M., Niedbała B., *Controlling operacyjny w przedsiębiorstwie. Centra odpowiedzialności w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
 - [7] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135 ze zm.
 - [8] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408 ze zm.

NONFINANCIAL ASSESSMENT PERSPECTIVES OF OPERATIONAL CONTROLLING IN HEALTH CARE ORGANISATIONS

Summary

The paper is an analysis of external performance assessment systems for the purposes of implementing nonfinancial perspectives in operational controlling of health care organisations. As a result a tentative framework of performance metrics is proposed that consists of two dimensions. First is based on modern analysis of health systems (resources-processes-results). The second classifies metrics according to the aims of health systems.