

Anna Czechowska

PROBLEM IDENTYFIKACJI CENTRÓW ODPOWIEDZIALNOŚCI W SZPITALU

1. Wstęp

Sytuacja w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest już od wielu lat wyjątkowo trudna i niestabilna. Szpitale publiczne, skazane po roku 1999 na samodzielność, działając w tak zmiennym otoczeniu, nie spełniają stawianych przed nimi oczekiwań i stale przyczyniają się do wzrostu zadłużenia sektora ochrony zdrowia. Często wynika to z niegospodarności samych jednostek, częściej jednak przyczyną jest fakt, że ceny, jakie płać płatnicy za usługę medyczną (pierwotnie kasy chorych, obecnie – Narodowy Fundusz Zdrowia), nie pokrywają w pełni kosztu, jaki ponosi szpital w związku z leczeniem. Minimalna wymagana cena produktu nabywanego przez płatnika opiera się często wyłącznie na koszcie wytworzenia danego świadczenia medycznego, a powinna uwzględniać także konieczność utrzymania całego szpitala: budynków i ich konserwacji, odtworzenia aparatury i urządzeń, a także zapewnić możliwość utrzymania części administracyjnej szpitala.

Niezależnie jednak od obecnych trudności poszczególnych szpitali i zmieniających się ekonomiczno-prawnych warunków funkcjonowania, każdy szpital, aby zapewnić sobie możliwość stabilnego rozwoju, musi wypracować właściwy dla siebie i dostosowywany do charakteru jednostki system kontrolowania, oceny i planowania ponoszonych kosztów oraz związanych z nimi przychodów. Pomocnym w tej kwestii narzędziem jest opracowana w ramach controllingu koncepcja „rachunku ośrodków (centrów) odpowiedzialności”

Rachunek odpowiedzialności opiera się na określeniu poszczególnych obszarów (ośrodków, centrów) działalności a następnie grupowaniu przychodów i kosztów w ramach tego podziału [4]. Danemu ośrodkowi przypisuje się tylko te przychody i koszty, za których powstanie dany ośrodek (reprezentowany przez swojego kierownika) jest bezpośrednio odpowiedzialny. Wdrożenie tej koncepcji pozwala także na zastosowanie w danej jednostce budżetowania. Ośrodki odpo-

wiedzialności działają w ramach przydzielonych im budżetów, dzięki czemu w razie niewykonania planów kosztowych i przychodowych przez jednostkę możliwe jest zidentyfikowanie osób za to odpowiedzialnych.

Koncepcja ośrodków odpowiedzialności jest szczególnie użyteczna w zarządzaniu dużymi złożonymi podmiotami. Jej wdrożenie sprzyja decentralizacji funkcji zarządzania i przesunięciu odpowiedzialności za osiągane wyniki z poziomu kierownictwa naczelnego na kierownictwo niższych szczebli. Pewną swobodę w podejmowaniu decyzji przydziela się kierownikom poszczególnych centrów odpowiedzialności, pozostawiając jednak w rękach naczelnego kierownictwa decyzje kluczowe dla jednostki oraz nadzór nad funkcjonowaniem jednostki jako całości.

2. Koncepcja ośrodków odpowiedzialności a złożoność organizacyjna szpitali

Cechą specyficzną szpitali jest to, że są to podmioty bardzo złożone, zarówno ze względu na liczbę i różnorodność występujących w nich komórek organizacyjnych, liczbę i wykształcenie zatrudnionego personelu, jak i rodzaje działań podejmowanych w poszczególnych komórkach (różne typy świadczeń o charakterze medycznym i niemedyceznym).

Element zasadniczy szpitala stanowią oddziały. To na oddziale pacjent styka się z lekarzem prowadzącym proces leczenia, otrzymuje świadczenia, których jego leczenie wymaga (podanie leków, zmiana opatrunków, konsultacje specjalistów i in.) oraz otrzymuje usługi zabezpieczające jego pobyt w szpitalu: żywienie, sprzątanie, pralnie bielizny i in. Oprócz organizacji oddziałów istnienie szpitala uwarunkowane jest jednak stworzeniem przy nim jeszcze innych komórek, które będą wspomagać proces leczenia. Zazwyczaj przy szpitalu funkcjonuje także ambulatorium oraz złożone z wielu różnych pracowni laboratorium. Z punktu widzenia koncepcji centrów odpowiedzialności istotną cechą charakterystyczną tych podmiotów jest to, że zarówno przychodnia przyszpitalna, jak i pion diagnostyki medycznej (laboratoria, pracownie diagnostyki obrazowej i in.) mogłyby funkcjonować samodzielnie, poza strukturami szpitala i na własny rachunek ekonomiczny.

Podobnie kształtuje się kwestia organizacji i zapewnienia warunków do leczenia, czyli tzw. usług hotelowych szpitala. Funkcje takie jak: żywienie, sprzątanie, ochrona obiektów, pranie, remonty, transport itp. mogą być realizowane przez szpital we własnym zakresie, mogą być także wykonywane przez samodzielne jednostki wydzielone ze struktur szpitala, ale w pełni od niego uzależnione, bądź też kupowane od podmiotów specjalizujących się w tego typu usługach.

Szczególnie istotne, bo wpływające na znaczenie danego szpitala w regionie oraz na jego koszty, jest utrzymywanie w szpitalu rozbudowanej bazy diagnostycznej i prowadzenie własnego ambulatorium. Istnieje jednak szereg argu-

mentów przemawiających za tym, aby takie jednostki funkcjonowały łącznie – jako jeden zakład opieki zdrowotnej. W przypadku laboratorium są to:

- **efekt synergii** – w przypadku wykonywania dużej liczby tych samych badań bardziej opłacalne okazuje się wykonywanie ich we własnym zakresie przez szpital niż kupowanie ich od innych podmiotów;
- **prestiż szpitala** – posiadanie własnego zaplecza diagnostycznego stanowi o pozycji szpitala jako usługodawcy;
- **konieczność współpracy diagnostyka i lekarza** – w leczeniu często najistotniejszą sprawą jest czas; bliski i bezpośredni kontakt pracowników diagnostyki z lekarzami sprzyja lepszemu leczeniu i stanowczo je przyspiesza.

Utrzymywanie bazy diagnostycznej przez szpital nastrocza jednak sporo trudności. Problemem wielu istniejących dzisiaj przyszpitalnych baz diagnostyki jest przerost zatrudnienia, który ujawnia się w konfrontacji z ilością wykonywanych procedur. Coraz większa automatyzacja pracy oraz redukcja łóżek związana z systemowymi ograniczeniami liczby leczonych zmuszają kierowników tych komórek do ograniczenia nakładów ponoszonych na ich funkcjonowanie. Wysoki koszt jednostkowy procedur medycznych wykonywanych w tych ośrodkach nakazuje lekarzom zlecającym wykonanie badań (tzn. „kupujących tę usługę dla oddziału”), zastanowić się, czy nie „ekonomiczniej” byłoby zakupić to badanie w tańszym laboratorium, funkcjonującym w sąsiedztwie szpitala.

Rozwiązaniem tego problemu jest dokonanie restrukturyzacji kosztów w samym laboratorium bądź rozszerzenie oferty realizowanych przez to laboratorium usług i otwarcie się na rynek w celu wykorzystania istniejącego w poszczególnych pracowniach potencjału. Druga z ewentualności może oczywiście w skrajnym przypadku doprowadzić do powstania tendencji odśrodkowych, polegających na chęci usamodzielnienia się laboratorium od szpitala.

Podobną ocenę zasadności funkcjonowania w ramach szpitala można przeprowadzić dla przychodni przyszpitalnej czy też jednostek pełniących funkcje pomocnicze w szpitalu. Każda decyzja dotycząca realizacji danej funkcji przez szpital lub jej outsourcingu winna być poprzedzona dogłębną analizą. Na poszczególne funkcjonujące w szpitalu komórki organizacyjne oraz na realizowane w nich świadczenia należy spojrzeć pod kątem tego, jakie korzyści szpital będzie mógł z tego tytułu osiągnąć oraz jakim kosztem się to dokona. Zarządzający zakładem powinni dysponować takim narzędziem, które da im możliwość wymiernego ujęcia efektów ponoszenia nakładów i realizacji zadań w szpitalu jako pewnej całości oraz w ramach pewnych wydzielonych w nim obszarów. Sprawne zarządzanie bowiem wymaga określenia tego [3, s. 44]:

- jak przebiega proces tworzenia warunków osiągnięcia wyznaczonych celów (czy aktualnie istniejąca baza szpitala: wielkość i liczba oddziałów i komórek wspierających leczenie oraz posiadany sprzęt i liczebność zatrudnionego personelu odpowiadają faktycznemu zapotrzebowaniu jednostki);

jak kształtują się koszty realizacji wyznaczonych zadań cząstkowych (jakie są koszty globalne i jednostkowe usług realizowanych w poszczególnych komórkach);

jak kształtują się rezultaty (wyniki) osiągania celów (które z realizowanych świadczeń są dochodowe – które produkty, leczenie których grup pacjentów, jaką metodą).

Koncepcja ośrodków odpowiedzialności pozwala postrzegać każdą gospodującą jednostkę przez taki właśnie „pryzmat”, który ujawnia nie tylko obszary generujące niezadowolenie z efektów pracy, lecz także osoby odpowiedzialne za taki stan. Tym samym umożliwia ona konkretne dostrzeżenie obszarów szpitala o kluczowym dla jego istnienia i przewagi konkurencyjnej znaczeniu oraz dostarcza narzędzi do bieżącego planowania działań i pomiaru osiąganych wyników. Koncepcja ta nie ogranicza się przy tym do oceny relacji przedsiębiorstwa z rynkiem zewnętrznym, lecz zwraca dużą uwagę na porządkowanie i pomiar efektywności procesów zachodzących we wnętrzu jednostki.

3. Centra kosztów i centra zysku w szpitalu

Jednym z głównych elementów koncepcji zarządzania przez ośrodki odpowiedzialności są tzw. centra (ośrodki) odpowiedzialności. W literaturze przedmiotu [4; 5] wymienia się różne typy centrów: produkcyjne, kosztów, przychodów, zysku, inwestycyjne. Centra odpowiedzialności najczęściej w praktyce spotykane i możliwe do wyodrębnienia w szpitalach to centra kosztów i centra zysku.

Centrum kosztów jest „komórką umiejscowioną w sferze regulacyjnej (zarząd) lub wykonawczej (ruch), dla której określa się budżet kosztów odpowiednio do wyznaczonych zadań rzeczowych i sprawnościowych. Kierownik centrum kosztów o charakterze komórki organizacyjnej ma przyznany taki zakres samodzielności decyzyjnej, który pozwala mu względnie samodzielnie kształtować składniki kosztów bezpośrednich i pośrednich od niego zależnych. Miernikiem oceny jego komórki jest wykonanie zadań rzeczowych i utrzymanie się w budżecie kosztów” [4, s. 20]. Centra kosztowe, stwierdza S. Nowosielski, „organizuje się wówczas, gdy od samej komórki nie oczekuje się uzyskiwania przychodów (wyników) lub są one trudne do zmierzenia, istnieje natomiast możliwość oddziaływania kierownictwa komórki na poziom kosztów poprzez podejmowanie różnych działań usprawniających jej pracę” [4, s. 22].

W przypadku szpitala określenie limitów rzeczowych jest możliwe dla oddziałów czy poradni, trudno jest natomiast określać tego typu limity dla komórek działających w sferze pomocniczej (kuchnia, pralnia czy komórki diagnostyki), kształtują one bowiem swe działania w silnej zależności od zapotrzebowania wykazywanego właśnie przez oddziały i przychodnię. Nie mając pełnej kontroli nad ilością wykonywanych świadczeń, kierownicy tych komórek mogą się skupić na jakości i koszcie jednostkowym działań w podległych im komórkach. Jeżeli

kierownicy ci otrzymują okresowo informację o wielkości i strukturze kosztu jednostkowego procedur (zadań) realizowanych w kierowanych przez nich komórkach, mogą je obserwować i na bieżąco korygować, wpływając przez to na osiągnięte przez dane centrum wyniki.

Przykładowe wskaźniki pomocne w ocenie działań w laboratorium to np.:

- użytkowanie sprzętu (amortyzacja, koszt najmu czy dzierżawy) na jedno wykonane na aparacie badanie,
- jednostkowy koszt osobowy badania,
- jednostkowe nakłady materiałowe badania¹.

Tego typu syntetyczne wskaźniki stanowią także ważny element wspomagający zarządzanie w komórkach wykonawczych szpitala; w przypadku oddziału mogą to być:

- koszt osobodnia opieki pielęgniarskiej i lekarskiej,
- koszt osobodnia usług hotelowych,
- przeciętny koszt leków, drobnego sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych na jeden dzień leczenia na oddziale²

Obok zainteresowania centrami kosztów, w rachunku odpowiedzialności kładzie się silny nacisk na prawidłowe wyznaczanie centrów zysku i kierowanie nimi.

Centrum zysku (ośrodek odpowiedzialności za wynik) to komórka organizacyjna przedsiębiorstwa, której kierownictwo może samodzielnie decydować o cenach, strukturze asortymentowej i wielkości sprzedaży oraz o ponoszonych kosztach (analogicznie jak w centrum kosztów) [4, s. 21].

W zależności od charakteru rynku, na jakim działają centra zysku, można mówić o:

- centrach realnego zysku, gdy są to kontakty z rynkiem zewnętrznym przedsiębiorstwa, ale też i wewnętrznym,
- centra pseudozysku lub centra quasi-zysku, jeśli uczestniczą one tylko w transakcjach na rynku wewnętrznym przedsiębiorstwa.

Centrum realnego zysku mogą być wszystkie komórki uczestniczące w sprzedaży zewnętrznej i wewnętrznej danej jednostki. Na poszczególne centra zysku nakłada się obowiązek osiągania zysku (dążenia do osiągnięcia jak najlepszego wyniku). By dane centrum zysku mogło sprawnie realizować stawiane przed nim zadania, konieczne jest stworzenie systemu ujmującego osiągnięte przez dane centrum przychody adekwatnie do ponoszonych kosztów. Przeprowadzenie analizy i oceny sposobu funkcjonowania centrum zysku możliwe jest tylko wtedy, gdy jego struktura kosztów jest porównywalna ze stosowanym w danym centrum ujęciem struktury sprzedaży.

¹ W przypadku komórek administracyjnych można mówić o odpowiedzialności kierowników za prawidłowe wykorzystanie czasu pracy przez załogę i ograniczanie marnotrawstwa w funkcjonowaniu biur.

² Wskaźniki bardziej zagregowane odnoszą wymienione koszty do liczby leczonych.

Centra pseudozysku tworzy się wówczas, gdy:

- dana komórka nie sprzedaje swoich produktów na zewnątrz przedsiębiorstwa, lecz przekazuje je innym komórkom przedsiębiorstwa,
- gdy komórka sprzedaje swe produkty na zewnątrz, lecz kierownictwo tej komórki ma niewielki wpływ na cenę, rodzaj oferowanego asortymentu i wielkość sprzedaży.

R.S. Kaplan i R. Cooper [2, s. 93] uzasadniają fakt tworzenia tego typu centrów potrzebą mobilizacji pracowników do skupienia uwagi na efektywności podejmowanych przez nich działań. Pomiar i wycena wartości własnych działań w zestawieniu z ponoszonymi kosztami jest także czynnikiem, który można wkomponować w stosowany w jednostce system motywacji.

Podstawowym źródłem przychodu szpitala jest sprzedaż usług leczenia pacjentów stacjonarnych. Osiągnięcie tego przychodu przypisuje się oddziałom, z których następuje wypis pacjenta. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza możliwość osiągania przez szpital dodatkowych przychodów, wymieniając szeroki katalog potencjalnych źródeł przychodu³

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w szczególności na zlecenie:

- a) organu, który utworzył zakład lub innych organów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów,
- b) osób objętych ubezpieczeniem innym niż ubezpieczenie społeczne,
- c) instytucji ubezpieczeniowych,
- d) zakładów pracy, organizacji społecznych i innych instytucji,
- e) innych zakładów opieki zdrowotnej,
- f) osób fizycznych nie objętych ubezpieczeniem lub za świadczenie nie przysługujące w ramach ubezpieczenia;

2) na realizację zadań i programów zdrowotnych,

3) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymienione w pkt 1, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,

4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego.

Szczególnie szeroko otwartą furtką do podejmowania działań w zakresie poszukiwania dodatkowych źródeł przychodu jest punkt trzeci, stwierdzający, że szpital może prowadzić działalność gospodarczą.

Na podstawie wymienionego w ustawie katalogu źródeł przychodu szpitali można założyć, że wiele z istniejących w szpitalu komórek może się przyczynić do osiągania przez jednostkę dodatkowych przychodów. Od samego kierownictwa szpitala więc zależy, jak szeroko zostanie wykorzystany potencjał kierowanej przez

³ Artykuł 54 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. [6].

nich jednostki oraz to, ile i które z realizowanych w nim (pierwotnie tylko na swoje potrzeby) działań mogą być sprzedawane innym odbiorcom.

Jako potencjalne jednostki działalności medycznej przynoszące dodatkowy przychód można wskazać:

- przychodnię przyszpitalną,
- pion diagnostyki medycznej (w tym poszczególne laboratoria) oraz komórki prowadzące działalność terapeutyczną i zabiegową,
- sterylizatornię, aptekę i in.

Usługi tych komórek mogą być sprzedawane pacjentom indywidualnym (osobom fizycznym), zakładom pracy i zakładom podstawowej opieki zdrowotnej. Źródłem dodatkowych przychodów może być także podpisanie umowy o realizację konkretnych świadczeń z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej czy lekarzami prowadzącymi prywatną praktykę lekarską.

Wśród komórek nie prowadzących działalności medycznej dodatkowych przychodów mogą dostarczać np.:

- dział administracyjny odpowiedzialny za wynajem będących w posiadaniu szpitala, a nie użytkowanych przez niego powierzchni,
- stołówka pracownicza,
- hotel będący w posiadaniu szpitala.

Istotnym, lecz często niedocenianym przez szpitale narzędziem jest marketing. Odpowiednio przygotowana i przekazana na rynek informacja o usługach szpitala, prowadzenie programów profilaktycznych i badawczych, otwarcie na nowych pacjentów poprzez organizację tzw. białych dni (bezpłatne konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne, na które pacjent zgłasza się bez konieczności posiadania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu) przyczyniają się do wzrostu renomy i pozycji jednostki w regionie oraz w dłuższym okresie wpływają na wzrost przychodu szpitala.

Obecna sytuacja na rynku usług medycznych z monopolistyczną pozycją Narodowego Funduszu Zdrowia utrudnia pełne przełożenie na system kierowania szpitalem całości koncepcji ośrodków odpowiedzialności. Charakter centrów realnego zysku mogłyby mieć ośrodki, które sprzedają swoje usługi na zewnątrz szpitala (oddziały, przychodnia przyszpitalna, laboratorium, sterylizatornia, kuchnia i in.). W praktyce wymienione ośrodki mają raczej charakter centrów pseudozysku, a nie centrów realnego zysku.

Kierownicy poszczególnych centrów odpowiedzialności, jakimi są oddziały, nie mają bezpośredniego wpływu na ustalanie cen, jakie płatnik (oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia) płaci szpitalowi za poszczególne procedury medyczne. Nie od nich w pełni zależy także struktura pacjentów (stopień skomplikowania przypadku, czas leczenia, wiek) przebywających na oddziale. Ograniczone jest także ich pole manewru co do tego, jakiego rodzaju świadczenia oferowane są w ośrodku odpowiedzialności, którym kierują (sposób leczenia danego schorzenia jest raczej określony).

Czasami w gestii ordynatora oddziału pozostaje wybór typu farmakoterapii, jaki zastosuje się wobec danego pacjenta. Ceny leków o podobnym działaniu często istotnie różnią się od siebie, jednak wiąże się to na ogół z różną ich skutecznością. Oszczędzanie na podawanych lekach w ujęciu globalnym może wpłynąć na wydłużenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu i w ostatecznym rozrachunku wcale nie przyczyni się do oszczędności kosztów jego leczenia.

Pomimo istnienia tak wielu ograniczeń pola decyzyjnego kierowników centrów odpowiedzialności, jakimi są oddziały, wskazać można szereg czynników, na które kierownicy ci mają znaczny wpływ i które mogą stanowić o sukcesie kierowanych przez nich jednostek.

Zadaniem każdego kierownika centrum przychodu jest poszukiwanie dodatkowych jego źródeł. W gestii kierownika leżą także starania o usprawnienie przebiegu działań w komórce. Ordynatorzy powinni świadomie i odpowiedzialnie prowadzić politykę przyjmowania pacjentów. To od nich zależy, jak w ramach posiadanej bazy łóżkowej szpitala i istniejących potrzeb zdrowotnych wykorzystany zostanie limit liczby przyjęć narzucony ogólnie szpitalowi. Ordynatorzy, świadomi typowych dla danego szpitala okresowych wahań liczby przyjmowanych pacjentów, powinni dążyć do minimalizowania strat z powodu utrzymywania łóżek nieobłożonych oraz tak kierować swoim oddziałem, by redukować koszty utrzymania w gotowości bazy łóżkowej i zatrudnionego personelu.

Poszczególne komórki organizacyjne w obecnie funkcjonujących szpitalach traktuje się zazwyczaj jako centra kosztów. Kierownikom poszczególnych centrów (ordynatorzy, kierownicy pracowni diagnostycznych, kierownik apteki itd.) przypisuje się odpowiedzialność jedynie za wykonanie planu rzeczowego oraz poziom kosztów świadczonych usług. Tego typu podejście do komórek organizacyjnych sprawia, że ich kierownicy nie czują się odpowiedzialni ani zmotywowani do zainteresowania się tym, w jaki sposób podejmowane w ich komórkach działania wpływają na wynik szpitala. Taki stan rzeczy jest konsekwencją tego, że szpitalom, jako jednostkom publicznym, rachunek kosztów i przychodów jeszcze kilka lat temu był zupełnie obcy. S. Nowosielski podkreśla natomiast fakt, że „utworzenie z danej komórki centrum zysku wprowadza naturalną barierę zaporową dla presji kierowników na wzrost kosztów” [4, s. 23]. Zdaniem autora, w tego typu komórce występuje mocne zainteresowanie obniżką kosztów, co prowadzi do poprawy wyników centrum. Dodatkowym atutem takiego posunięcia jest powstanie w komórkach silnej motywacji do dynamizowania strony przychodowej.

4. Możliwości i trudności w wykorzystaniu koncepcji ośrodków odpowiedzialności w szpitalu

Wdrażanie koncepcji ośrodków odpowiedzialności w jednostkach ochrony zdrowia napotyka różnego rodzaju trudności. Możliwość oraz skuteczność zastosowania tej koncepcji w danej jednostce zależy od wielu czynników. Bardzo ważne

jest to, czy dana jednostka jest świadoma celu, do którego dąży, oraz to, czy w tej jednostce panuje atmosfera sprzyjająca zmianom. Nie mniej istotna jest determinacja kadry menedżerskiej szpitala, a więc to, na ile osoby te pragną, by kierowana przez nich jednostka osiągała sukcesy.

„Przy klasycznym podejściu do tworzenia koncepcji centrów kosztowo-wynikowych, obowiązuje zorientowana na wynik interpretacja celu nadrzędnego” [1, s. 37] W przypadku szpitali celem nadrzędnym jest oczywiście leczenie pacjenta, dlatego „filozofia” koncepcji ośrodków odpowiedzialności nastawienia na efekt ekonomiczny musi zostać ograniczona tą społeczną i etyczną stroną działalności placówek opieki zdrowotnej. Ilekroć więc jest mowa o maksymalizacji czy optymalizacji zysku, wzajemnym konkurowaniu ośrodków odpowiedzialności, restrykcyjności w kwestii kontroli realizacji budżetów, należy pamiętać o wartości nadrzędnej, którą w przypadku szpitali jest życie pacjenta.

Z drugiej strony trudnością stojącą na drodze do wdrożenia rachunku odpowiedzialności w działających dzisiaj w Polsce szpitalach publicznych jest brak pieniędzy. Nie chodzi tutaj tylko o konieczność poniesienia wydatków związanych z wdrażaniem nowego sposobu zarządzania (przebudowa struktury organizacyjnej, komputeryzacja szpitala). Większym utrudnieniem jest powszechny w systemie ochrony zdrowia problem braku funduszy, zastojów płatniczych i ogromnego zadłużenia szpitali, powodujący niechęć i negatywne nastawienie do wszelkiego typu zmian, uważanych przez personel za zmiany czysto administracyjne.

Warunkiem skuteczności działania koncepcji rachunku odpowiedzialności jest właściwa motywacja pracowników poszczególnych centrów odpowiedzialności. Jak długo wypracowywane w danym ośrodku fundusze – zysk lub oszczędności – nie będą się przekładać na poprawę warunków jego funkcjonowania i wzrost wynagrodzenia pracowników danego centrum (a tym samym nie będą bodźcem dla innych centrów do skuteczniejszego działania), tak długo cały system nie będzie funkcjonował prawidłowo. Pożądanym rozwiązaniem byłoby włączenie kierowników poszczególnych ośrodków w proces podejmowania decyzji o sposobie zagospodarowania wypracowanego przez ich centrum wyniku, gdyż część tego wyniku powinna pozostawać w gestii kierownika danej komórki.

W system motywacyjny mogą być także wbudowane mechanizmy sankcji za niewykonanie założonego dla danego centrum planu. Jednakże zanim podejmie się tego typu działania, należy rozpatrzyć to, czy plan dla tej jednostki był właściwie zbudowany oraz wykonalny, i czy to faktycznie jej pracownicy przyczynili się do jego niezrealizowania. Ordynator oddziału nie może być obarczany odpowiedzialnością za zbyt wysokie koszty w sytuacji, gdy np. na jego oddział w pewnym okresie trafiło kilku pacjentów wymagających wyjątkowo drogiego leczenia, którego skutkiem jest znaczne przekroczenie budżetu.

Nieuniknione jest porównywanie rentowności poszczególnych oddziałów w ramach jednego szpitala, jednak niedopuszczalne jest prowadzenie polityki przepychania pacjenta „trudnego” z oddziału na oddział w celu osiągnięcia lepszych

wskaźników rentowności. Tego typu negatywna konkurencja na pewno nie przyczynia się do wzrostu efektywności szpitala jako całości.

5. Zakończenie

Wykorzystanie koncepcji ośrodków odpowiedzialności daje możliwość stworzenia konkretnego systemu egzekwowania odpowiedzialności za cele stawiane poszczególnym ośrodkom. Po nadaniu pewnym komórkom czy obszarom działalności szpitala charakteru centrów odpowiedzialności będzie można oczekiwać, że centra te podejmą działania prowadzące do bardziej efektywnego wykorzystania tkwiącego w nich potencjału. Koncepcja ta, poprzez przyznanie wyznaczonym osobom odpowiedzialności za pewne dziedziny, sprawia, że lekarzom czy kierownikom komórek diagnostyki, dotychczas pozornie nie zainteresowanym ekonomią szpitala, powierzona zostaje zobowiązująca funkcja menedżera.

Wdrożenie koncepcji zarządzania przez centra odpowiedzialności daje także podstawę do przeprowadzania restrukturyzacji jednostki. Kierownictwo zakładu jeszcze raz może przyrzeć się dokładnie wzajemnym powiązaniom poszczególnych komórek oraz ocenić ich efektywność w kontekście wyniku, jaki osiągają, a jaki mogłyby osiągać, gdyby w pełni wykorzystały swój potencjał. Obserwacja samych centrów i analiza danych opisujących ich działania mogą się okazać cenną wskazówką przy podejmowaniu decyzji o sposobie dalszego funkcjonowania szpitala.

Literatura

- [1] Bauer G.F., Kardasz A., *Podstawy tworzenia centrów kosztowo-wynikowych w szpitalu*, ZT RN SKwP 1997 nr 39.
- [2] Kaplan R.S., Cooper R., *Zurządzanie kosztami i efektywnością*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000.
- [3] Kardasz A., *Tworzenie centrów kosztowych*, [w:] *Budżetowanie kosztów*, red. E. Nowak., Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 1999.
- [4] Nowosielski S., *Centra kosztów i centra zysku w przedsiębiorstwie*, AE, Wrocław 2001.
- [5] *Rachunkowość zarządcza*, red. T. Kiziukiewicz, Ekspert, Wrocław 2000.
- [6] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. (DzU nr 91, poz. 408, ze zmianami).

IDENTIFICATION OF RESPONSIBILITY CENTRES IN THE HOSPITAL

Summary

Hospitals currently functioning in Poland are huge and complex organizations which not long ago found themselves in the free market reality. Current condition of the Public Health Care system requires, however, that individual units developed the existing systems of control and performance

measurement. Each hospital in order to ensure the possibility of a stable growth needs to elaborate a suitable and adapted to individual conditions system of controlling, measuring and planning of costs and incomes related to them. A helpful solution is the conception of responsibility accounting centres.

The article attempts to describe the sophisticated reality of a hospital from the perspective of managing through responsibility centres. The author describes sample usage of cost and income centres in a hospital. She also indicates the difficulties which arise when applying the solutions typical of commercial enterprises to hospitals, which are non-for-profit organizations functioning on a not fully competitive market.

Mgr Anna Czechowska jest doktorantką w Katedrze Controllingu Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.