

Roman Lewandowski, Artur Kożuch
Janusz Sasak

Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia



Wolters Kluwer

Roman Lewandowski, Artur Kożuch
Janusz Sasak

Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne i łamanie
Violet Design

Książka realizowana w ramach projektu badawczego o numerze 2015/17/B/HS4/02747,
pt. „Model, typologia i metody pomiaru systemów kontroli w publicznych szpitalach”

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących
im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej
w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło.
A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.


prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2018

ISBN 978-83-8124-273-8

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
WYKAZ SKRÓTÓW	15
ROZDZIAŁ 1	
PRAWNE I TEORETYCZNE UWARUNKOWANIA ROZWOJU KONTROLI ZARZĄDCZEJ W JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA	17
1.1. Uwarunkowania prawne systemu kontroli zarządczej w organizacjach publicznych	17
1.2. Zadania kontroli zarządczej	21
1.3. Funkcjonowanie kontroli zarządczej w systemie kierowania placówki ochrony zdrowia	23
1.4. Zarządzanie publiczne jako wyznacznik kierunków zmian i dostosowań w systemach zarządzania placówkami ochrony zdrowia	26
1.5. Usługi społeczne jako produkty sektora publicznego	33
1.6. Specyfika usług świadczonych w obszarze ochrony zdrowia	41
ROZDZIAŁ 2	
PLACÓWKI OCHRONY ZDROWIA JAKO PODMIOTY ŚWIADZĄCE USŁUGI SPOŁECZNE	50
2.1. Podmioty lecznicze w polskim sektorze publicznym	50
2.2. Istota i zakres zarządzania publicznego	56
2.3. Specyficzne warunki zarządzania publicznego w placówkach ochrony zdrowia	61
2.4. Rola profesjonalistów medycznych w procesie zarządzania podmiotami ochrony zdrowia	65
2.4.1. Podłoże konfliktu pomiędzy profesjonalistami medycznymi a menedżerami	67
2.4.2. Rola średniego personelu medycznego	69
2.4.3. Mechanizmy obrony profesjonalistów medycznych przed kontrolą menedżerską	71
ROZDZIAŁ 3	
WYBRANE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ZARZĄDCZĄ	77
3.1. Pomiar i ocena rezultatów a nakłady i ekspansja	77
3.2. Racjonalność gospodarowania w placówkach ochrony zdrowia	81

3.3. Istota i znaczenie informacji o przebiegu procesów świadczenia usług w placówkach ochrony zdrowia	86
3.4. Standaryzacja procedur kontrolnych (prawne i organizacyjne ujęcie standaryzacji – cele i zasady)	90
3.5. Sprawność jako wynik skuteczności i efektywności ekonomicznej podejmowanych działań	97
3.6. Wiarygodność sprawozdań w ocenie sprawności działania placówek ochrony zdrowia	100
3.7. Gospodarowanie zasobami i ich znaczenie dla jakości świadczonych usług publicznych	105
3.8. Sprawność systemów informacyjnych w placówkach ochrony zdrowia	111

ROZDZIAŁ 4

MECHANIZMY I INSTRUMENTY SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ	118
4.1. Kontrola jako funkcja zarządzania organizacją	118
4.1.1. Kontrola wykorzystująca mechanizmy psychologiczne	123
4.1.2. Kontrola wykorzystująca modele matematyczne – druga fala naukowego zarządzania	125
4.1.3. Kontrola biurokratyczna	129
4.1.4. Cybernetyczny i homeostatyczny model kontroli	131
4.2. Kontrola procesu formułowania i wdrażania strategii	134
4.2.1. Dźwignie kontroli – model R. Simonsa	136
4.2.1.1. Systemy przekonań jako mechanizm kontroli obszaru poszukiwania nowych możliwości	140
4.2.1.2. Systemy granic jako mechanizm kontroli swobody podejmowania decyzji	142
4.2.1.3. Systemy kontroli diagnostycznej	144
4.2.1.4. Systemy kontroli interaktywnej	147
4.2.1.5. Zastosowanie modelu kontroli R. Simonsa w praktyce funkcjonowania placówek medycznych	150
4.2.2. Pomiar wyników organizacji	154
4.2.3. Zrównoważona Karta Wyników (<i>Balanced Scorecard</i>)	159
4.2.3.1. Poziom I. Zrównoważona Karta Wyników jako narzędzie pomiaru osiągnięć organizacji	161
4.2.3.2. Poziom II. Integracja ZKW z innymi narzędziami zarządzania stosowanymi w organizacjach ochrony zdrowia	165
4.2.3.3. Poziom III. Pomiar wyników organizacji uwzględniający relacje przyczynowo-skutkowe	168
4.2.3.4. Poziom IV. Zrównoważona Karta Wyników jako system kontroli strategicznej	172
4.3. Kontrola przez certyfikację i akredytację	175
4.3.1. Program akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	177
4.3.2. Systemy zarządzania jakością – rodzina norm ISO 9000	178
4.3.3. Norma EN-PN 15224:2017-02 – Usługi sektora ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością	180
4.4. Zarządzanie ryzykiem	182
4.4.1. Identyfikacja i rodzaje ryzyk w ochronie zdrowia oraz ich analiza	193

4.4.2. Ocena istotności ryzyk i reakcja na ryzyka jako następstwo procesów analityczno-kontrolnych	194
4.4.3. Zespół do spraw zarządzania ryzykiem w procesie usprawniania organizacji ochrony zdrowia	201

ROZDZIAŁ 5

KONTROLA ZARZĄDZCA W PERSPEKTYWIE PIĘCIU OBSZARÓW ZARZĄDZANIA WYMIENIONYCH W KOMUNIKACIE NR 23

MINISTRA FINANSÓW	207
5.1. Specyfika organizacji ochrony zdrowia w kontekście kontroli zarządczej	208
5.1.1. Kontrola zarządcza w obszarze infrastruktury technicznej	211
5.1.2. Kwalifikacje personelu	212
5.1.3. Kontrola finansowa zakładów opieki zdrowotnej	213
5.1.4. Kontrola procesów – spojrzenie praktyczne	215
5.1.5. Kontrola kosztów i przychodów	218
5.1.6. Kontrola kosztów ogólnych zakładu opieki zdrowotnej	222
5.1.7. Kontrola przychodów i marży – rozliczenia z płatnikiem	225
5.2. Charakterystyka standardów kontroli zarządczej pod kątem ich stosowania w placówkach medycznych	227
5.2.1. Środowisko wewnętrzne	228
5.2.1.1. Standard 1. Przestrzeganie wartości etycznych	228
5.2.1.2. Standard 2. Kompetencje zawodowe	232
5.2.1.3. Standard 3. Struktura organizacyjna	233
5.2.1.4. Standard 4. Delegowanie uprawnień	237
5.2.2. Cele i zarządzanie ryzykiem	238
5.2.2.1. Standard 5. Misja	238
5.2.2.2. Standard 6. Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji	242
5.2.2.3. Standard 7. Identyfikacja ryzyka	245
5.2.2.4. Standard 8. Analiza ryzyka	253
5.2.2.5. Standard 9. Reakcja na ryzyko	254
5.2.3. Mechanizmy kontroli	255
5.2.3.1. Standard 10. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej	256
5.2.3.2. Standard 11. Nadzór	260
5.2.3.3. Standard 12. Ciągłość działalności	261
5.2.3.4. Standard 13. Ochrona zasobów	261
5.2.3.5. Standard 14. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych	264
5.2.3.6. Standard 15. Mechanizmy dotyczące systemów informatycznych	266
5.2.4. Informacja i komunikacja	267
5.2.4.1. Standard 16. Informacja bieżąca	268
5.2.4.2. Standard 17. Komunikacja wewnętrzna	270
5.2.4.3. Standard 18. Komunikacja zewnętrzna	272
5.2.5. Monitorowanie i ocena	273
5.2.5.1. Standard 19. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej	274
5.2.5.2. Standard 20. Samoocena	275

5.2.5.3. Standard 21. Audyt wewnętrzny	278
5.2.5.4. Standard 22. Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej	280
ZAŁĄCZNIKI – WZORY DOKUMENTÓW	281
Załącznik 1. Wzór rejestru ryzyk	282
Załącznik 2. Wzór formularza oceny stanu systemu kontroli zarządczej	283
Załącznik 3. Wzór oświadczenia Kierownika Jednostki Organizacyjnej o stanie kontroli zarządczej	295
Załącznik 4. Zarządzenie Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego w sprawie wytycznych do funkcjonowania kontroli zarządczej	298

WSTĘP

Rozwój technologii medycznych sprawił, że znacznie poprawiła się skuteczność leczenia, ale zarazem nastąpił relatywnie duży wzrost jego kosztów. Doprowadziło to do sytuacji, w której opieka zdrowotna przestała być problemem medycznym należącym wyłącznie do lekarzy, a w dużej mierze stała się zagadnieniem ekonomicznym, leżącym w gestii menedżerów, ekonomistów, finansistów i agencji rządowych. Rozwój i zróżnicowanie technologii medycznych przekształciło szpitale w złożone organizacje z obrotami sięgającymi często setek milionów złotych. Relatywnie duże budżety i złożona struktura sprawia, że zapewnienie efektywności staje się kluczowym problemem stawianym przed systemami zarządzania. W takim ujęciu szczególną wagę należy przypisać zapewnieniu skuteczności systemów kontroli zarządczej jako instrumentowi obligatoryjnie przypisanemu jednostkom sektora finansów publicznych.

Współczesność publicznych organizacji świadczących usługi na rzecz ochrony zdrowia jest również warunkowana zmianami w teoretycznych koncepcjach opisujących funkcjonowanie tego sektora. Szczególne znaczenie dla współczesnych menedżerów publicznych ma koncepcja *New Public Management* i *Good Governance*. Pierwsza z nich ukierunkowuje działania jednostek sektora finansów publicznych na przedsiębiorczość, akcentując potrzebę stosowania rozwiązań znanych i sprawdzonych w sektorze komercyjnym. Druga – stanowiąc uzupełnienie pierwszej – wskazuje na potrzebę partycypacji w procesach związanych ze świadczeniem usług publicznych, warunkując sukces organizacji użytecznością efektów ich działania.

Wprowadzona przepisami ustawy o finansach publicznych kontrola zarządcza jest próbą rozszerzenia kontroli instytucjonalnej o zagadnienia dotyczące efektywności funkcjonowania organizacji. Kontrola ta spełniać powinna szczególną rolę, bowiem jej zadaniem jest zapewnienie realizacji „celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy”. Powoduje to, że szczególnie istotnego znaczenia nabiera termin „zapewnienie”, wskazujący, że działania menedżerów organizacji podlegających przepisom ustawy powinny być ukierunkowane zarówno na legalność, jak i na ograniczanie ryzyka, zapewniając redukcję skali marnotrawstwa zasobów publicznych, a także służąc osiągnięciu celów. Kontrola zarządcza obejmuje zatem wartości etyczne, kompetencje zawodowe, strukturę organizacyjną, delegowanie uprawnień,

zarządzanie ryzykiem, organizację, zapewnienie dostępu do informacji itp., stając się kluczowym systemem doskonalącym zarządzanie. Ważnym efektem jej implementacji ma być również zredukowanie własnej niepewności menedżerów oraz niepewności podwładnych i innych interesariuszy. Jest to jeden z zasadniczych warunków uruchomienia mechanizmów zapewniających śmiałe działania zmierzające do poprawy jakości i bezpieczeństwa usług medycznych.

Doświadczenia autorów wskazują, że istnieje głębokie niezrozumienie natury kontroli zarządczej i celu, w jakim została ona wprowadzona, nie tylko wśród osób kierujących publicznymi placówkami ochrony zdrowia, ale także (niestety) wśród inspektorów instytucji kontrolnych. Ci pierwsi szukają jakiegoś wzorca kontroli zarządczej, który mogliby skopiować w swoich organizacjach, a ci drudzy czasem oczekują długiego rzędu segregatorów opatrzonych tytułem „Kontrola zarządcza”. Dlatego głównym przesłaniem niniejszej pozycji jest przekonanie osób związanych z kontrolą zarządczą, że nie wymaga ona wprowadzania w organizacjach żadnych specjalnych narzędzi kontroli, a jedynie ciągłego usprawniania systemu zarządzania. Co prawda wytyczne Ministra Finansów do kontroli zarządczej wymagają jej dokumentowania, ale zakres tej dokumentacji powinien być ograniczony do niezbędnego minimum zapewniającego „rozliczalność” pracowników. Tworzenie nadmiernej dokumentacji prowadzi bowiem do biurokratyzacji i związanych z tym niepotrzebnych kosztów oraz krępuje elastyczność i innowacyjność organizacji. Należy też pamiętać, że zamiana w ustawie o finansach publicznych obowiązującej do 2009 r. kontroli finansowej na kontrolę zarządczą była podyktowana nie tylko dążeniem do poszerzenia zakresu kontroli, ale przede wszystkim zmianą myślenia na ukierunkowane osiąganie celów i rezultatów prowadzących do poprawy jakości usług świadczonych przez sektor publiczny.

W polskiej literaturze przedmiotu wciąż brakuje pozycji, które kompleksowo omawiałyby kontrolę zarządczą w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Narzędzia kontroli przenoszone z administracji lub organizacji biznesowych nie potwierdzają swojej skuteczności w organizacjach zdominowanych przez profesjonalistów medycznych, często bardziej identyfikujących się ze swoją grupą zawodową niż z organizacją, w której pracują, i mających system wartości odmienny od tego, który posiadają menedżerowie tych organizacji. W placówkach medycznych dominująca „siła robocza”, czyli profesjonaliści medyczni, dysponuje znacznie większą autonomią niż jakakolwiek inna grupa pracowników w organizacjach biznesowych lub administracji, będąc jednocześnie dysponentem większości środków finansowych tych organizacji. Każda bowiem decyzja medyczna przekłada się na konkretne koszty placówki.

Wytyczne dotyczące kontroli zarządczej opracowywane przez Ministerstwo Finansów są głównie kierowane do administracji rządowej i samorządowej, koncentrując się w zasadzie na kontroli formalnej wykorzystującej mechanizmy biurokratyczne, której głównym elementem jest pisemne dokumentowanie procesu kontroli. Kontrola jest jednak procesem znacznie bardziej złożonym i wymaga o wiele większego zakresu

narzędzi i mechanizmów niż tylko kodeksy, procedury, zakresy obowiązków, regulaminy i inne sformalizowane dokumenty. Musi być także oparta na nieformalnych mechanizmach obejmujących relacje międzyludzkie oraz wyznawane przez pracowników wartości. Jak bowiem powszechnie wiadomo, sformalizowana kontrola biurokratyczna nie może funkcjonować bez kontroli nieformalnej.

Z tego powodu celem wprowadzonej w 2009 r. kontroli zarządczej było odejście od kultury stosowania przepisów na rzecz kultury osiągania rezultatów, czyli poszerzenie tradycyjnego podejścia do kontroli, nastawionego na realizację przepisów prawnych i dbałości w pierwszym rzędzie o legalność, o inne kryteria, takie jak oszczędność, wydajność i skuteczność (zapewniające razem sprawność). W tym bowiem rozumowaniu zawarto spostrzeżenie, że jedynie stosowanie wzajemnie dopełniających się formalnych i nieformalnych mechanizmów kontroli umożliwia osiągnięcie celów.

Niniejsza publikacja przeznaczona jest dla szerokiego grona odbiorców związanych z sektorem publicznej ochrony zdrowia – poczynając od menedżerów ochrony zdrowia i innych pracowników zajmujących się kontrolą zarządczą w organizacjach tego sektora, poprzez członków administracji rządowej i samorządowej zajmujących się nadzorem nad organizacjami medycznymi, a na studentach i wykładowcach wydziałów zdrowia publicznego, administracji, zarządzania, ekonomii i innych kierunków przygotowujących do pracy w systemie ochrony zdrowia kończąc. Po pozycję tę mogą również sięgnąć przedsiębiorcy współpracujący z opieką zdrowotną w celu uzyskania wiedzy pozwalającej im na lepsze zrozumienie mechanizmów kontrolnych funkcjonujących w organizacjach medycznych i tym samym poprawę swojej skuteczności we współpracy z nimi. Celem niniejszego opracowania jest zatem prezentacja teoretycznych koncepcji stanowiących podstawę wdrażania kontroli zarządczej w placówkach ochrony zdrowia i w tym kontekście wskazanie rozwiązań praktycznych stanowiących warunek poprawy skuteczności tego systemu.

Rozdział 1 niniejszej książki poświęcono na wstępne scharakteryzowanie kontroli zarządczej, jej podstaw prawnych oraz założeń metodologicznych. Ujęto w nim także uzasadnienie dla wdrażania rozwiązań zarządzania publicznego w placówkach ochrony zdrowia, podkreślając istotę, zakres oraz efekty tego procesu.

W rozdziale 2 wskazano miejsce przypisane placówkom ochrony zdrowia w sektorze finansów publicznych i wyeksponowano ich specyficzne cechy determinujące organizację systemu kontroli zarządczej. Omówiono również rolę profesjonalistów medycznych w procesie kontroli i stosowane przez nich sposoby jej unikania lub co najmniej ograniczenia.

W rozdziale 3 przedstawiono zagadnienia poszerzające i wyjaśniające wybrane obszary kontroli zarządczej, w tym omówiono koncepcję nowego zarządzania publicznego, kwestie dotyczące pomiaru i oceny rezultatów, gospodarowania zasobami oraz sprawność systemów informacyjnych.

W rozdziale 4 scharakteryzowano różnorodne koncepcje kontroli jako funkcji zarządzania, rozpoczynając od najprostszego cybernetycznego modelu, w którym kontrola polega na sprawdzaniu, czy osiągnięte rezultaty są zgodne z wcześniej przyjętym standardem. W cybernetycznym podejściu kontrola jest rozumiana jako problem tworzenia i monitorowania reguł przez hierarchiczny system autorytetu i władzy, w ramach biurokratycznego procesu testowania, pomiaru i uzyskiwania informacji zwrotnej. Omówiono tu również model homeostatyczny, który jest rozwinięciem modelu cybernetycznego zbudowanego na analogii termostatu do modelu samoregulacyjnego, zbudowanego w analogii do żywej komórki, posiadającej wewnętrzne procesy, będące w stanie utrzymywać jej funkcje życiowe w równowadze, niezależnie od zmieniających się warunków zewnętrznych. W rozdziale tym przedstawiono również wybrane koncepcje zarządzania, które mogą stanowić istotny element systemu kontroli zarządczej w placówkach medycznych.

Praktycznej interpretacji standardów kontroli zarządczej, poprzedzonej opisem modelu jakości usług medycznych, dokonano w rozdziale piątym. Zwrócono tu uwagę, od strony praktycznej, na kilka obszarów istotnych dla placówek medycznych finansowanych ze środków publicznych: infrastrukturę techniczną, kwalifikacje personelu, kontrolę finansową, w tym dotyczącą kosztów, przychodów i rozliczeń z płatnikiem. Ma to pomóc odnieść treść standardów kontroli do praktyki zarządzania placówkami medycznymi.

Warto podkreślić, że w rozdziale 5 standardy zostały ukazane w taki sposób, aby osoby, które nie czytały czterech wcześniejszych rozdziałów, były w stanie zrozumieć ich przesłanie i zastosować standardy w praktyce.

Istotnym uzupełnieniem wcześniejszych rozważań są załączniki do książki zawierające wzory dokumentów pozwalających menedżerom placówek ochrony zdrowia zarówno zapewnić prawidłowe skonstruowanie systemu kontroli zarządczej w prowadzonych placówkach, jak i osiągnąć czytelność i zrozumiałość stosowanych rozwiązań, co w efekcie zapewni sprawność korzystających z nich organizacji.

Zaprezentowane w książce rozważania i proponowane rozwiązania stanowią zatem istotny wkład zarówno w rozwój nauk o zarządzaniu, w szczególności w obszarze dotyczącym tak specyficznych organizacji, jakimi są placówki ochrony zdrowia, jak i są swoistym przewodnikiem pozwalającym na skuteczne wdrożenie wymaganych prawem rozwiązań i osiągnięcie korzyści z podjętych działań. Będący następstwem logiki przyjętej w książce zamierzony brak standaryzacji podejść daje możliwość wykorzystywania już funkcjonujących w organizacjach systemów zarządzania w służbie kontroli zarządczej. Takie podejście pozwala na zaoszczędzenie znacznej ilości czasu i zasobów, które mogą zostać ukierunkowane na działania prowadzące do coraz lepszego zaspokajania potrzeb odbiorców usług świadczonych przez podmioty ochrony zdrowia.

Książka jest skierowana do osób zainteresowanych sukcesem zarządzanych przez siebie organizacji. Osób, które chcą zarządzać w sposób nowoczesny, zapewniający zgodność podejmowanych działań z potrzebami interesariuszy, otwarty na sygnały zarówno z wewnątrz, jak i zewnątrz, pozwalający na reagowanie z wyprzedzeniem na pojawiające się zagrożenia i pełen zrozumienia dla możliwych trudności. Dodatkowym atutem proponowanych rozwiązań jest ich zgodność z aktualnie obowiązującym prawem, co w warunkach działania publicznych placówek ochrony zdrowia stanowi jeden z zasadniczych kanonów, a jednocześnie ograniczeń. Przyjęta w opracowaniu logika i sposób prezentacji treści jest więc próbą wskazania kierunku dla budowy rozwiązań, które wypełniają wymagania tzw. *House of Quality*, co w warunkach działania kontroli zarządczej pozwoli sprawnie identyfikować potrzeby świadczeniobiorców, wymagania i warunki niezbędne do sprawnego działania na rzecz zaspokajania tych potrzeb oraz wskazywać rozwiązania w zakresie projektowania niezbędnych zadań, odpowiedzialności za ich realizację itp.

Istotnym przesłaniem, które warunkuje wyniki wdrożenia przedstawionych w opracowaniu propozycji, jest zrozumienie przez pracowników swojej roli w systemie kontroli zarządczej. Zatem kluczowym zadaniem stojącym przed wdrażającymi rozwiązania zaprezentowane w książce jest zbudowanie silnej świadomości potrzeby podejmowania działań wymaganych poszczególnymi standardami. Zasadniczym zadaniem menedżerów jest zarówno podkreślanie znaczenia i roli omawianego systemu, jak i wdrożenie rozwiązań zapewniających partycypację pracowników w jego tworzeniu. To ostatnie spostrzeżenie podkreśla istotę systemu kontroli zarządczej wyrażoną myślą: jeśli „nie chce się chcieć”, jest mało prawdopodobne, że nastąpią jakiegokolwiek zmiany, nawet w warunkach stosowania najlepszych rozwiązań służących usprawnianiu organizacji.

WYKAZ SKRÓTÓW

CMJ	– Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
EN-PN 15224	– Norma Europejska EN 15224:2016 – Quality Management Systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare, została zatwierdzona przez Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego 24.02.2017 r. i została uznana za Polską Normę: PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia
GG	– Dobre Rządzenie (<i>Good Governance</i>)
ISO 9001	– Norma PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością – Wymagania
JGP	– Jednorodne Grupy Pacjentów – forma rozliczania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
jsfp	– jednostka sektora finansów publicznych
jst	– jednostka samorządu terytorialnego
komunikat nr 23	– komunikat nr 23 Ministra Finansów z 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz.Urz. MF poz. 84)
komunikat nr 3	– komunikat nr 3 Ministra Finansów z 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz.Urz. MF poz. 11)
komunikat nr 6	– komunikat nr 6 Ministra Finansów z 6.12.2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz.Urz. MF poz. 56)
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NPM	– Nowe Zarządzanie Publiczne (<i>New Public Management</i>)
OECD	– Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development)
Sanepid	– Państwowa Inspekcja Sanitarna
SPZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
u.d.l.	– ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.)
u.f.p.	– ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1870 ze zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938)
ZKW	– Zrównoważona Karta Wyników

Rozdział 1

PRAWNE I TEORETYCZNE UWARUNKOWANIA ROZWOJU KONTROLI ZARZĄDCZEJ W JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA

1.1. Uwarunkowania prawne systemu kontroli zarządczej w organizacjach publicznych

Kontrola zarządcza została wprowadzona ustawą z 27.08.2009 r. o finansach publicznych, w której rozdziale 6. działu I opisano zasady jej funkcjonowania. Artykuł 68 ust. 1 u.f.p. definiuje kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych jako „ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy”. Zgodnie z ust. 2: „Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:

- 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
- 2) skuteczności i efektywności działania;
- 3) wiarygodności sprawozdań;
- 4) ochrony zasobów;
- 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
- 7) zarządzania ryzykiem”.

Z przepisu art. 68 u.f.p. wynika, że kontrola zarządcza ogniskuje się zarówno na tradycyjnych metodach kontroli opartych na „zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi” i „wiarygodności sprawozdań”, jak też tych obszarach, w których formalna kontrola jest mniej skuteczna w zapewnianiu: „skuteczności i efektywności działania”, „przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania”, „efektywności i skuteczności przepływu informacji” itp. W tym kontekście na system kontroli zarządczej należy patrzeć w znacznie szerszy sposób, gdyż powinna ona nie tylko porównywać uzyskane rezultaty z założeniami, ale również służyć tworzeniu warunków motywujących organizację do osiągnięcia ambitnych celów. Zatem w praktyce kontrola zarządcza musi obejmować wszystkie obszary funkcjonowania

placówki medycznej i być oparta nie tylko na mechanizmach formalnych, ale i nieformalnych obejmujących oddziaływanie na motywacje i pragnienia członków organizacji. Celem kontroli zarządczej jest więc ciągle usprawnianie systemu zarządzania organizacją prowadzące do zwiększania jej skuteczności i efektywności. To, jak istotna jest kontrola w organizacjach ochrony zdrowia, obrazuje fakt, że choć już w 1969 r. w USA administracja prezydenta Richarda Nixona ogłosiła kryzys nadmiernego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, wciąż nie udało się wprowadzić skutecznego systemu kontroli jakości i kosztów¹.

W myśl przepisów art. 69 ust. 1 u.f.p. kontrola zarządcza w sektorze finansów publicznych powinna funkcjonować na dwóch poziomach. Pierwszym (I), podstawowym poziomem funkcjonowania jest jednostka sektora finansów publicznych (np. publiczna placówka medyczna), gdzie za funkcjonowanie kontroli zarządczej odpowiedzialny jest jej kierownik. Drugim (II) poziomem funkcjonowania kontroli zarządczej jest odpowiednio poziom działu administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego. Za funkcjonowanie kontroli zarządczej na tym poziomie odpowiada odpowiednio minister kierujący danym działem administracji rządowej oraz wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa w ramach samorządu terytorialnego.

Minister występuje w podwójnej roli: jest odpowiedzialny za zapewnienie kontroli zarządczej I poziomu w ministerstwie (jako kierownik jednostki) oraz zapewnienie kontroli zarządczej II poziomu w dziale administracji rządowej (jako minister kierujący działem), np. dla placówek medycznych podległych bezpośrednio ministerstwu. Podobnie, wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta oraz marszałek województwa jest odpowiedzialny za zapewnienie „adekwatnej, skutecznej i efektywnej” (art. 69 ust. 1 u.f.p.) kontroli zarządczej I poziomu w urzędzie gminy (urzędzie miasta), starostwie powiatowym lub urzędzie marszałkowskim oraz kontroli zarządczej II poziomu w jednostkach samorządu terytorialnego, np. w szpitalu podległym staroście lub marszałkowi. Natomiast w publicznej placówce medycznej podległej zarówno ministerstwu, jak i jednostce samorządu terytorialnego, funkcjonowanie kontroli zarządczej na I poziomie zapewnia jej kierownik. Zatem I poziom kontroli zarządczej dotyczy bezpośrednio zarządzania organizacją, a II poziom kontroli zarządczej obejmuje nadzór nad wykonywaniem kontroli zarządczej w podległych jednostkach organizacyjnych.

Na podstawie art. 69 ust. 3 u.f.p. Minister Finansów wydał komunikat nr 23 z 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Definiuje on 22 standardy opracowane na podstawie międzynarodowych

¹ R.A. Lewandowski, *Will Russia Cope with Healthcare Reform?*, „International Journal of Clinical Practice” 2011/4, s. 391–393.

wytycznych, uszeregowane w pięć grup odpowiadających poszczególnym elementom kontroli zarządczej:

- A. ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE
 - 1) przestrzeganie wartości etycznych
 - 2) kompetencje zawodowe
 - 3) struktura organizacyjna
 - 4) delegowanie uprawnień
- B. CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM
 - 1) misja
 - 2) określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji
 - 3) identyfikacja ryzyka
 - 4) analiza ryzyka
 - 5) reakcja na ryzyko
- C. MECHANIZMY KONTROLI
 - 1) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej
 - 2) nadzór
 - 3) ciągłość działalności
 - 4) ochrona zasobów
 - 5) szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych
 - 6) mechanizmy kontroli dot. systemów informatycznych
- D. INFORMACJA I KOMUNIKACJA
 - 1) informacja bieżąca
 - 2) komunikacja wewnętrzna
 - 3) komunikacja zewnętrzna
- E. MONITOROWANIE I OCENA
 - 1) monitorowanie systemu kontroli zarządczej
 - 2) samoocena
 - 3) audyt wewnętrzny
 - 4) uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej

Należy podkreślić, że komunikat nr 23 Ministra Finansów określa 22 obszary (standardy) w sposób ogólny, aby kierujący poszczególnymi organizacjami mogli samodzielnie wybrać narzędzia zarządzania i kontroli oraz dostosować je do specyfiki swoich placówek w celu wypełnienia poszczególnych standardów kontroli zarządczej. Standardy i narzędzia, które mogą być wykorzystane do wypełnienia wymogów poszczególnych standardów, zostały szerzej opisane w rozdziale 5.

Na podstawie art. 69 ust. 4 u.f.p. Minister Finansów wydał komunikat nr 6 z 6.12.2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem. Zarówno ust. 3, jak i ust. 4 art. 68 u.f.p. odnosi się do standardów i wytycznych kontroli zarządczej I poziomu dla całego sektora finansów publicznych, określając zakres tego poziomu dla wszystkich jsfp.

Doprecyzowując funkcjonowanie kontroli zarządczej, Minister Finansów wydał jeszcze dwa akty prawne:

- 1) komunikat nr 3 Ministra Finansów z 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych opisujący proces oceny systemu kontroli zarządczej;
- 2) rozporządzenie Ministra Finansów z 2.12.2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej (Dz.U. poz. 1581) – zawarty tu wzór oświadczenia nie dotyczy bezpośrednio jsfp, niemniej stanowi odnośnik dla jst do opracowania własnych wzorów oświadczeń dla podległych im jednostek.

Zaprezentowane standardy i wytyczne mają charakter ramowy i ich zadaniem jest zwrócenie uwagi na istotne obszary, w których organizacje powinny udoskonalać swój system zarządzania. Ustawodawca nie narzuca szczegółowego stosowania poszczególnych elementów kontroli zarządczej, a raczej zachęca do dalszego „adekwatnego” (art. 69 ust. 1 u.f.p.) rozwijania i udoskonalania obszarów objętych standardami. Ramy prawne bezwzględnie obowiązujące znajdują się w przepisach powszechnie obowiązujących, jak np. Prawo zamówień publicznych, ustawa o rachunkowości, Kodeks pracy itp. Kontrola zarządcza obejmuje zatem już istniejący system kierowania organizacją, który powinien uwzględniać stosowanie aktualnych przepisów prawa krajowego i miejscowego, ale także wydane wewnątrz jednostki, regulaminy, polityki, procedury, instrukcje, zakresy czynności pracowników, a przede wszystkim stosowane narzędzia zarządzania, takie jak np.: normy ISO, Program Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości, Zrównoważoną Kartę Wyników, TQM, Model Doskonałości EFQM (European Foundation for Quality Management), wykorzystywany do prowadzenia samooceny w ramach regionalnych nagród jakości i Polskiej Nagrody Jakości² itp.

Natomiast ust. 5 art. 69 u.f.p. umożliwia Ministrowi Finansów określenie szczegółowych, unikalnych wytycznych dla poszczególnych działów administracji rządowej. Ustawa o finansach publicznych co prawda nie nadaje wójtom, burmistrzom, prezydentom miasta, starostom i marszałkom województwa uprawnień do wydawania takich szczegółowych wytycznych, ale też tego nie zabrania. Zatem jst może określić szczegółowe wytyczne kontroli zarządczej I poziomu dotyczące podległej jednostki lub grupy jednostek, wpływając na sposób zarządzania tymi organizacjami. Samorządy korzystając z tych uprawnień, same opracowują wytyczne i dokumenty dla podległych im jsfp. Stąd dokumenty, które są wymagane w procesie realizacji i monitorowania funkcjonowania kontroli zarządczej na I poziomie, czyli np. w placówkach ochrony zdrowia, mogą być różne, w zależności od organu prowadzącego daną placówkę. Przykładem może tu być zarządzenie nr 148/2015 Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego z 31.12.2015 r. w sprawie wytycznych do funkcjonowania kontroli zarządczej w wojewódzkich samorządowych jednostkach organizacyjnych

² R. Lewandowski, *Zastosowanie Zrównoważonej Karty Wyników i Modelu Doskonałości EFQM w Publicznych Organizacjach Ochrony Zdrowia*, „Przegląd Organizacji” 2009, s. 33.

oraz zasad dokonywania jej oceny przez Departament Audytu Wewnętrznego i Certyfikacji (zał. 4)³, w którym określono wzory:

- 1) rejestru ryzyk (zał. 1);
- 2) sprawozdania z funkcjonowania kontroli zarządczej w jednostce w postaci „Oceny stanu systemu kontroli zarządczej” (zał. 2);
- 3) oświadczenia o stanie systemu kontroli zarządczej (zał. 3).

Ponadto zarządzenie to wskazuje terminy, w których jednostki muszą składać odpowiednie dokumenty. I tak, jednostki są zobowiązane do składania sprawozdania „Ocena stanu systemu kontroli zarządczej” i oświadczenia o stanie systemu kontroli zarządczej do 10 lutego roku bieżącego za rok poprzedni, rejestru ryzyk oraz planu pracy jednostki – do 15 stycznia roku bieżącego na dany rok, a sprawozdania z wykonania planu pracy – do 15 lutego roku bieżącego za rok poprzedni.

1.2. Zadania kontroli zarządczej

Dobrze zorganizowany system kontroli zarządczej powinien zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia postawionych przed organizacją celów i zadań oraz zapewnić, aby były one realizowane w sposób efektywny, sprawny i zgodny z obowiązującym prawem, w tym z wewnętrznymi regulaminami i kodeksami. Istotnym celem kontroli zarządczej jest również zapewnienie wiarygodnej sprawozdawczości dla organów nadzórnych, kontrolnych i statystycznych umożliwiające skuteczne monitorowanie organizacji sektora finansów publicznych. Dlatego też kontrola zarządcza powinna umożliwiać egzekwowanie indywidualnej odpowiedzialności (*accountability*) naczelnego kierownictwa i poszczególnych pracowników jsfp zarówno za działania związane z realizacją celów organizacji, jak i za funkcjonowanie samej kontroli zarządczej. **Kontrola zarządcza powinna tworzyć zintegrowany, ciągle doskonalony system zarządzania organizacją zogniskowany na usprawnianiu wszystkich jej procesów, możliwie najlepiej dostosowany do specyfiki działania konkretnej organizacji.** Oznacza to, po pierwsze, że kontrola zarządcza co do swojego zakresu w zasadzie jest tożsama z zarządzaniem, po drugie, że nie może być „skopiowana” z innej organizacji, np. z innej podobnej placówki ochrony zdrowia, a po trzecie, że nie może być jednorazowo wdrożona, tylko musi być ciągle usprawniana i modyfikowana w zależności od zmian zachodzących wewnątrz organizacji i jej otoczeniu.

Kontrola zarządcza jest czasem także nazywana kontrolą wewnętrzną, co może być mylone z audytem wewnętrznym. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć różnicę pomiędzy kontrolą zarządczą a audytem wewnętrznym. Audyt wewnętrzny w myśl art. 272 u.f.p. „jest działalnością niezależną i obiektywną, której celem jest wspieranie ministra kierującego działem lub kierownika jednostki w realizacji celów i zadań przez systematyczną

³ Zarządzenie to oraz wymienione dalej wzory stanowią załączniki do niniejszej książki.

ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze”, a także „dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej lub jednostce”. Dlatego tak istotne jest, aby audyt wewnętrzny był odseparowany od kontroli zarządczej i funkcji zarządzania placówką, gdyż tylko wtedy możliwa jest obiektywna ocena stanu kontroli zarządczej w organizacji i udzielanie kierownictwu niezależnych rad dotyczących usprawniania tego systemu.

„Wdrożenie” kontroli zarządczej nie musi, a nawet nie powinno wiązać się z wdrażaniem zupełnie nowego systemu zarządzania. Chodzi tu raczej o wykorzystanie dotychczas funkcjonujących mechanizmów kontroli i narzędzi zarządzania w sposób zgodny z odpowiednimi zapisami ustawy o finansach publicznych, standardami kontroli zarządczej wymienionymi w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, komunikacie nr 6 Ministra Finansów z 6.12.2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem oraz komunikacie nr 3 Ministra Finansów z 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych. Jeżeli dotychczas wykorzystywane w organizacji instrumenty kontroli i zarządzania nie stanowią skutecznego systemu kontroli zarządczej, to należy podjąć działania w celu wdrożenia nowych lub dostosowania istniejących mechanizmów kontroli do standardów kontroli zarządczej. Niestety, w praktyce można zaobserwować, że jsfp tworzą system kontroli zarządczej równoległy do istniejącego systemu zarządzania, wprowadzając dodatkową formalną strukturę angażującą zasoby organizacji, jednak oderwaną od codziennej działalności organizacji. Sprawia to, że choć formalnie, dla zewnętrznych instytucji monitorujących, organizacja wypełnia standardy kontroli zarządczej, to w praktyce system taki jest bezużyteczny i stanowi dodatkowe obciążenie.

Opisane sytuacje często można zaobserwować w organizacjach ochrony zdrowia, które z uwagi na swoją specyficzną profesjonalną kulturę organizacyjną opartą na wartościach i normach profesjonalistów medycznych, zdecydowanie różniącą się od kultury administracji publicznej – i dlatego placówki medyczne często nie potrafią dostosować swojego systemu zarządzania do standardów kontroli zarządczej opartych głównie na formalnych mechanizmach biurokratycznych. Wprowadzanie do placówek ochrony zdrowia, których system kontroli w dużej mierze opiera się o kontrolę typu klanowego⁴, biurokratycznych i rynkowych mechanizmów kontroli mających na celu zwiększenie efektywności, prowadzi do hybrydyzacji systemów zarządzania⁵.

⁴ W.G. Ouchi, *A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms*, „Management Science” 1979/9, s. 836. W.G. Ouchi twierdzi, że mechanizm klanowy wykorzystuje współbieżność celów członków organizacji i wzajemne zaufanie, że wszyscy jej członkowie czy też członkowie wydzielonej grupy („klanu”), np. lekarze w szpitalu, działają z równym zaangażowaniem na rzecz organizacji.

⁵ R.A. Lewandowski, J. Sulikowska, *Levels of Hybridity in Healthcare Sector* [w:] *Management in the Time of Networks, Cross-Cultural Activities and Flexible Organizations*, red. J. Teczek, P. Buła, Kraków 2017, s. 151.

W organizacji takiej nie występuje wtedy wspólny system kontroli, ale koegzystują obok siebie co najmniej dwa systemy: system oparty na kulturze profesjonalnej pracowników medycznych i ich wzajemnym zaufaniu oraz systemy biurokratyczny i rynkowy oparty na procedurach i mierzalnych wskaźnikach, pielęgnowany przez menedżerów i administrację.

1.3. Funkcjonowanie kontroli zarządczej w systemie kierowania placówki ochrony zdrowia

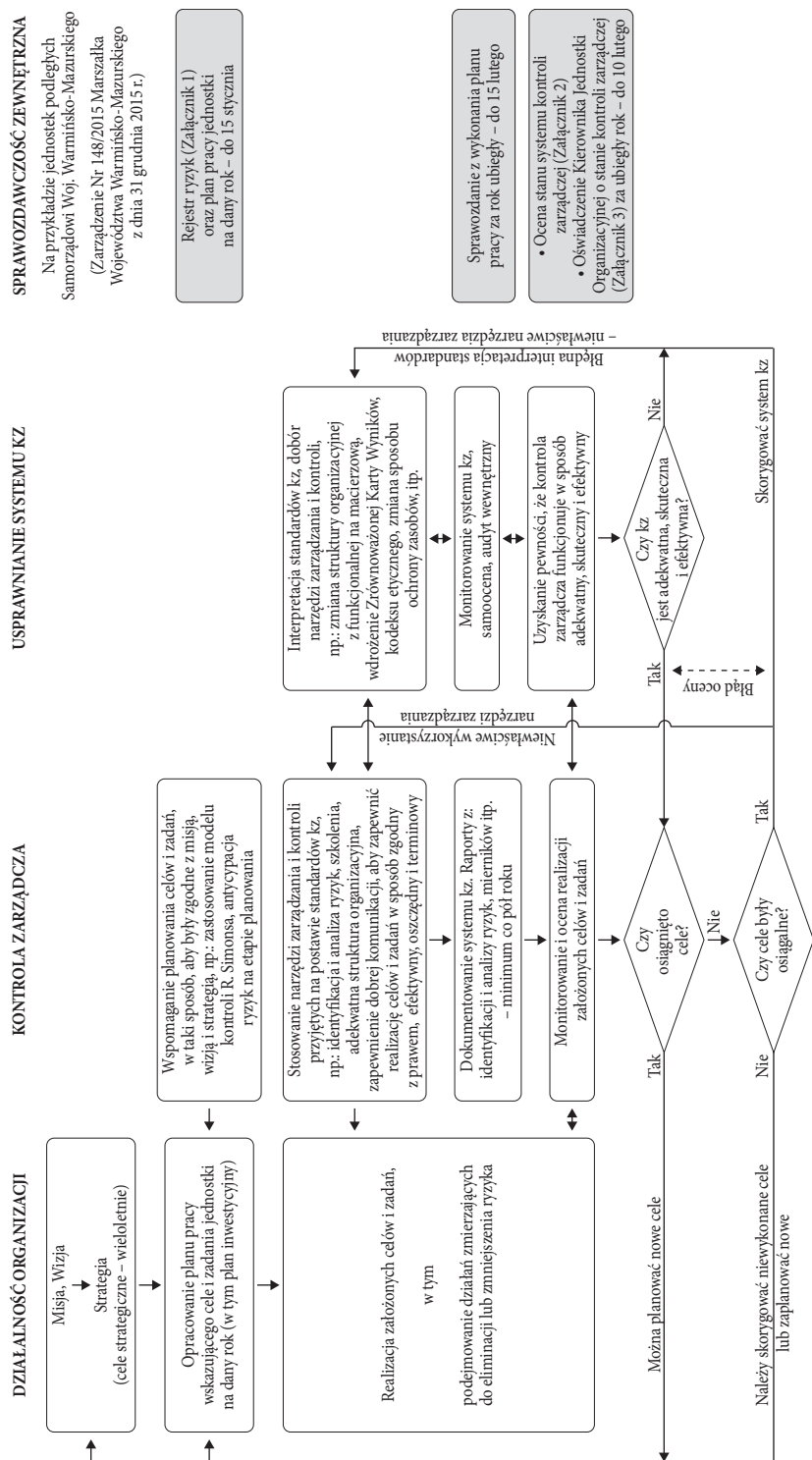
Analiza art. 68 i 69 u.f.p. oraz standardów kontroli zarządczej zawartych w komunikacie nr 23 prowadzi do wniosku, że kontrola zarządcza obejmuje swym zasięgiem większość funkcji i obszarów zarządzania, a zatem jest w zasadzie tożsama z samym zarządzaniem. Wynikający z tego sposób umiejscowienia kontroli zarządczej w systemie zarządzania organizacją przedstawiono na rys. 1. Wydzielono tu trzy obszary (kolumny) związane z zarządzaniem i kontrolą oraz przedstawiono przykładowe wymogi sprawozdawcze (czwarta, ostatnia kolumna na rys. 1), do jakich zobowiązał podległe mu jednostki Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego⁶, jako organ odpowiedzialny za II stopień kontroli zarządczej. W obiegowej opinii kontrola zarządcza jest bowiem często utożsamiana właśnie z tymi obowiązkami sprawozdawczymi i w celu ich wypełnienia wykonuje się niektóre czynności przewidziane w ustawie o finansach publicznych i standardach kontroli zarządczej.

Wynika to często z niezrozumienia istoty kontroli zarządczej i jej umiejscowienia w codziennym funkcjonowaniu organizacji, która powinna się koncentrować na realizacji swoich celów i zadań. Działalność organizacji (pierwsza kolumna na rys. 1) rozpoczyna się od wyznaczenia jej misji, czyli określenia, po co w ogóle ta organizacja została powołana do istnienia, i wizji, czyli ustalenia, dokąd ona zmierza. Na tej podstawie opracowuje się strategię rozumianą jako wiązkę długoterminowych celów⁷. Strategia ta z kolei stanowi podstawę do zaplanowania celów cząstkowych, np. jednorocznych z przypisanymi do nich miernikami określającymi, kiedy dany cel będzie osiągnięty – przy jakim poziomie miernika. Z celami wiąże się zadania (czynności), które umożliwiają ich osiągnięcie.

⁶ Zarządzenie nr 148/2015 Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego stanowi załącznik 4 do książki.

⁷ Więcej na temat różnego podejścia do strategii opisano w rozdziale „Kontrola procesu formułowania i wdrażania strategii”.

Rysunek 1. Schemat funkcjonowania kontroli zarządczej i obowiązki dotyczące sprawozdawczości zewnętrznej w jednostkach organizacyjnych samorządu województwa warmińsko-mazurskiego.



Źródło: opracowanie własne.

Kontrola zarządcza (druga kolumna na rys. 1) obejmuje natomiast zestaw narzędzi, które wspomagają organizację, aby wyznaczone cele zostały osiągnięte „w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy” (art. 68 ust. 1 u.f.p.). W skład kontroli zarządczej wchodzi wszystkie narzędzia zarządzania i kontroli, których organizacja używa, niezależnie czy kontrola zarządcza została formalnie wdrożona w organizacji, czy też nie. Zalicza się tu w szczególności metody identyfikacji i analizy ryzyka, wszelkiego rodzaju instrukcje, regulaminy⁸ i standardy, które z jednej strony określają, jak poszczególne działania mają być wykonywane, ale z drugiej strony stanowią wzorzec, z którym rzeczywiste działania pracowników są porównywane w procesie kontroli. Do narzędzi kontroli zarządczej zalicza się także wprowadzane w organizacjach systemy zarządzania jakością (ISO 9001, EN-PN 15224), standardy akredytacyjne, systemy pomiaru działalności organizacji (*Performance Measurement Systems*), narzędzia wspomagające wdrażanie strategii (Zrównoważona Karta Wyników) itp. To wszystko pokazuje, że kontrola zarządcza powinna stanowić system różnych instrumentów, których harmonijne współdziałanie powinno być jednym z ważniejszych obszarów zainteresowania osób odpowiedzialnych. Zmiany warunków wewnątrz organizacji, jak i w jej otoczeniu sprawiają, że system ten wymaga bowiem ciągłego dostosowywania i usprawniania (trzecia kolumna na rys. 1).

Zanim jednak podejmie się decyzję o usprawnieniu kontroli zarządczej, trzeba ocenić, czy dotychczas była ona adekwatna, skuteczna i efektywna. Zatem podstawowym pytaniem, które należy postawić, jest, czy osiągnięto zakładane cele i zrealizowano zaplanowane zadania w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, co właśnie powinna zapewnić kontrola zarządcza.

O ocenie systemu kontroli zarządczej mówi ostatnia grupa standardów wymienionych w komunikacie nr 23 „monitorowanie i ocena”. Istotnym problemem jest tu jednak fakt, że przyczyna niepowodzenia realizacji celów i zadań nie musi leżeć w samej kontroli zarządczej, a może wynikać z zaplanowania niewłaściwych celów i zadań. Mogły być one np. nierealne z uwagi na zmiany w otoczeniu, a wtedy należy cele przeformułować, a nie podejmować działań zmieniających kontrolę zarządczą. Wydanie obiektywnej opinii o adekwatności celów i działania kontroli zarządczej w praktyce może być trudne, prowadząc do sytuacji, w której ocena systemu wskazuje, że cele były osiągalne i jednocześnie kontrola zarządcza funkcjonowała właściwie, a z jakichś przyczyn tych celów nie zrealizowano. Dochodzi wtedy do sprzeczności, błędu oceny (strzałki z przerywaną linią na rys. 1), co wymaga dokonania wyboru tych elementów, które trzeba modyfikować: system kontroli zarządczej czy cele i zadania. W wielu przypadkach zapewne oba te elementy należy przeformułować.

Przedstawiony na rys. 1 schemat i powyższy opis mają za zadanie wprowadzić czytelnika w świat kontroli zarządczej i ułatwić zrozumienie treści zawartych w dalszej

⁸ Wykaz dokumentów stosowanych w kontroli zarządczej zawiera tab. 13.

części opracowania. Treści te dotyczą bowiem całości problemu funkcjonowania kontroli zarządczej w placówkach medycznych, które z uwagi na rodzaj działalności znacznie różnią się od innych organizacji sektora finansów publicznych (np. instytucji administracji państwowej i samorządowej), co powoduje, że narzędzia zarządzania i kontroli tam stosowane nie zawsze będą się sprawdzały w ochronie zdrowia, a na pewno będą wymagały znacznych modyfikacji. To właśnie stanowi o potrzebie uwzględnienia w rozważaniach wielu aspektów unikalności placówek medycznych, m.in. takich jak: dominacja profesjonalistów medycznych, specyfika świadczenia usług zdrowotnych, problemy zarządzania publicznego.

1.4. Zarządzanie publiczne jako wyznacznik kierunków zmian i dostosowań w systemach zarządzania placówkami ochrony zdrowia

Poszukiwanie koncepcji, które znajdują swoje odbicie w systemach zarządzania placówkami służby zdrowia, wymaga sięgnięcia do czasów rewolucji przemysłowej. W tym bowiem okresie, na skutek zmian obejmujących zarówno rozrastanie się przedsiębiorstw i rozwój techniczno-technologiczny, jak i rodzenie się nowych prądów umysłowych, dostrzeżono znaczne komplikowanie się procesów realnych i regulacyjnych. To zjawisko stało się zaczynem dla poszukiwania rozwiązań, które uogólniając praktyczne doświadczenia w rozwiązywaniu problemów zarządzania, pozwoliły sformułować zasady umożliwiające usprawnianie organizacji publicznych⁹. Efektem było zrodzenie się szkoły klasycznej, obejmującej nurt taylorowski i fayolowski (administracyjny). Przyjęta w tej perspektywie koncentracja na zarządzaniu organizacją jako całością, a nie jej poszczególnymi zasobami, dała początek rozwojowi nauk o organizacji i zarządzaniu, a także bardziej współczesnemu podejściu do kontroli.

Istotnym uzupełnieniem dla szkoły administracyjnej była koncepcja organizacji biurokratycznej M. Webera, uznająca biurokrację za idealny sposób sprawowania władzy organizacyjnej, czyniąc z organizacji biurokratycznej przykład dla wszystkich instytucji. Model ten wprowadził trwałe i fundamentalne zmiany, które do dziś rzutują na teorie dotyczące działania organizacji publicznych. Już jednak sam autor dostrzegał pewne wady swojego systemu, które w głównej mierze dotyczą ograniczenia indywidualizmu i wolności działania¹⁰, co hamuje oddolną aktywność, na rzecz narzucenych, często uciążliwych procedur postępowania¹¹. Jest to zatem przyczyną trudności w adaptacji i stosowaniu rozwiązań weberowskich w warunkach znacznej autonomii profesjonalistów medycznych.

⁹ Por. B. Koźuch, A. Koźuch, B. Plawgo, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Kraków 2005, s. 34.

¹⁰ Por. A.J. Koźuch, *Budżetowanie jako instrument zarządzania finansami jednostki samorządu terytorialnego*, Warszawa 2012, s. 60.

¹¹ Zgodnie z aktualną perspektywą nauki o zarządzaniu termin ten (*red tape*) oznacza nadmierną złożoność i formalizację rutynowych i oficjalnych działań, co powoduje znaczne opóźnienia lub nawet

Efektem dostrzeżenia wad przypisywanych koncepcjom klasycznym stały się poszukiwania rozwiązań ograniczających nadmierną formalizację, depersonalizację czy niską elastyczność, a także doskonalących zamierzenia wcześniejsze lub negujących ich osiągnięcia i skupiających się na nowych, dotychczas niestosowanych rozwiązaniach. W takim otoczeniu dynamika przeobrażeń społeczno-gospodarczych końca XX w. musiała znaleźć swoje odbicie również w sektorze publicznym. W tym okresie powstawały i kształtowały się nowe inicjatywy określające zasady działania administracji publicznej, a jedną z najważniejszych była zaproponowana w 1970 r. na konferencji American Society for Public Administration (ASPA), ustanawiająca standardy nowoczesnej administracji, koncepcja nowego zarządzania publicznego (*New Public Management* – NPM). Jej rozwój nastąpił jednak dopiero ok. dziesięć lat później¹², w czasie kryzysu energetycznego, który wzmocnił poczucie potrzeby działań modernizacyjnych w sektorze publicznym, co akcentowano głównie przez¹³: potrzebę ograniczenia środków zasilających budżety jednostek tworzących ten sektor, zaistnienie nowych wyzwań stawianych przez globalizującą się gospodarkę, potrzebę aktywizacji środowisk lokalnych dla działań prorozwojowych w warunkach szybkich zmian gospodarczych, technologicznych i społecznych a także – co budziło szczególnie niepokój – obniżającą się ocenę administracji publicznej. Ostatnia przyczyna identyfikowana była przez obniżanie się zainteresowania uczestnictwem w strukturach demokratycznych na poziomie lokalnym.

Duży wkład w rozwój koncepcji Nowego Zarządzania Publicznego wnieśli G.D. Garson i E.S. Overman, proponując – wykorzystujące specyfikę NPM – nowe funkcje zarządzania – PAFHRIER. Obejmować one powinny¹⁴: analizę polityki (*Policy Analysis*), zarządzanie finansami (*Financial Management*), zarządzanie zasobami ludzkimi (*Human Resources Management*), zarządzanie informacją (*Information Management*) i stosunki zewnętrzne (*External Relations*). W takim ujęciu *New Public Management* uznać należy za „interdyscyplinarne narzędzie łączące planowanie, organizowanie i kontrolowanie z zarządzaniem zasobami ludzkimi, finansowymi, infrastrukturalnymi, informacyjnymi i polityką”¹⁵. I właśnie w dużej mierze na koncepcji NPM oparta jest kontrola zarządcza zdefiniowana w ustawie o finansach publicznych.

zaniechania. Stanowi ona mechanizm sformalizowanego, powolnego, ociążalego, rutynowego działania, opartego na sztywnych i skomplikowanych regułach i poglądach, któremu towarzyszy stan umysłu pracownika, odizolowanego od spraw ludzkich, które załatwia. Jest on również niezainteresowany wypełnieniem powierzonego mu interesu publicznego, a jedynym celem jego działań jest dążenie do zrobienia kariery zawodowej. Por. B. Dolnicki, *Sprawność i demokratyzm w strukturze i działaniu polskiej administracji lokalnej* [w:] *Sprawność działania administracji samorządowej*, red. E. Ura, Rzeszów 2006, s. 125.

¹² Pierwsze menedżerskie rozwiązania zgodne z NPM wprowadziła w Wielkiej Brytanii Margaret Thatcher. Szerzej: K. Opolski, P. Modzelewski, *Zarządzanie jakością w sektorze publicznym*, Warszawa 2004, s. 44–49.

¹³ Por. A.J. Kozuch, *Budżetowanie...*, s. 61.

¹⁴ A. Pawłowska, *Zasoby informacyjne w administracji publicznej w Polsce – problemy zarządzania*, Lublin 2002, s. 61.

¹⁵ G.D. Garson, E.S. Overman, *Public Management Research in the United States*, New York 1983, s. 278.

Zastosowanie kontroli zarządczej daje możliwość racjonalizatorskiego traktowania wybranych obszarów i działań, np.¹⁶: planowania – jako analizy polityki, kadr – jako zasobów organizacji, a nie kosztów i obciążeń, sprawozdawczości – jako instrumentu zarządzania informacją, relacji z otoczeniem – jako stosunków ze światem zewnętrznym itp.

Uzupełnieniem dla wskazanych rozważań są zaproponowane przez D. Osborne'a i T. Gaeblera¹⁷ zasady określające istotne obowiązki niezbędne w działaniu organizacji publicznych, tj.¹⁸:

- 1) aktywizowania środowiska, w którym działają,
- 2) uznanie misji za podstawę określania kierunków działań,
- 3) bliska współpraca ze społecznościami lokalnymi i respektowania interesów klientów,
- 4) wprowadzenia konkurencji w działaniach świadczenia usług publicznych,
- 5) prowynikowa orientacja prowadzonych działań.

Wskazane zasady stanowią dyrektywy dla zwiększania poziomu przedsiębiorczości jednostek tworzących sektor publiczny. Ich zasadniczym celem jest m.in.: dynamizacja procesów decentralizacyjnych, aktywizacja pracowników w poszukiwaniu nowych rozwiązań, ułatwiających wykonywaną pracę, a jednocześnie obniżających koszty funkcjonowania całej organizacji oraz rozwijanie wśród kadry umiejętności menedżerskich. Brak bowiem odpowiednich umiejętności – wynikający np. z tradycyjnego kształcenia menedżerów publicznych, ukierunkowanego na znajomość prawa i wiedzy specjalistycznej dotyczącej realizacji usług oraz przygotowania do wykonywania prac biurowo-administracyjnych – jest w wielu przypadkach powodem trudności we wdrażaniu tych proefektywnościowych rozwiązań.

Przedstawione zależności i zasady pozwalają uznać, że koncepcja NPM wiąże się z¹⁹:

- 1) przyjmowaniem metod i instrumentów czy też stylów zarządzania typowych dla sektora komercyjnego, przy jednoczesnym założeniu ograniczania biurokracji oraz rozszerzania elastyczności i nowych praktyk;
- 2) akcentowaniem występowania konkurencji w sektorze publicznym, co wiąże się z jednoczesnym uznaniem konkurencji za klucz do obniżania kosztów i kreowania jakości przyjmowanych standardów²⁰;

¹⁶ A. Pawłowska, *Zasoby...*, s. 61.

¹⁷ D. Osborne, T. Gaebler, *Rządzić inaczej*, Poznań 1994, s. 34–49.

¹⁸ Por. D. Osborne, T. Gaebler, *Rządzić...*, s. 46; A. Zalewski, *Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego* [w:] *Nowe zarządzanie publiczne w polskim samorządzie terytorialnym*, red. A. Zalewski, Warszawa 2005, s. 26.

¹⁹ Por. Ch. Hood, *A Public Management for All Seasons* [w:] *Public Management. Critical Perspectives*, red. S.P. Osborne, London 2002, s. 185–203; I. Sanderson, *Performance Evaluation and Learning in 'Modern' Local Government*, „Public Administration” 2001/2, s. 299–301; A. Zalewski, *Reformy...*, s. 27–29; P. Koch, J. Hauknes, *On Innovation in the Public Sector – Today and Beyond*, Publin Report No. D20, Nifu Step, Oslo 2005; A.J. Kożuch, *Budżetowanie...*, s. 63.

²⁰ Należy zwrócić uwagę, że nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzająca System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki

- 3) dążeniem do optymalnej strukturalizacji organizacji, prowadzącym do wdrażania rozwiązań umożliwiających rzeczywiste zarządzanie;
- 4) traktowaniem oferty usług publicznych jako produktu, a interesariuszy jak klientów, którym oferuje się wybór;
- 5) kontraktowaniem usług publicznych na zewnątrz;
- 6) zwiększaniem profesjonalizacji zarządzania przez aktywny nadzór najwyższego kierownictwa nad działalnością organizacji, czego efektem jest nabywanie kompetencji umożliwiających przekazywanie odpowiedzialności za poszczególne zadania na niższe szczeble zarządzania (decentralizacja);
- 7) wprowadzeniem jasno określonych, sprecyzowanych standardów i mierników efektywności działania, przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłości monitorowania osiągniętych wyników;
- 8) prowadzeniem działań zwiększających dyscyplinę finansową, ze szczególnym uwzględnieniem weryfikacji zasobów, redukcji kosztów, poprawy dyscypliny pracy itp.

Wskazany zestaw zachowań pozwala uznać, że zgodnie z wymaganiami NPM jednostki świadczące usługi ochrony zdrowia powinny²¹:

- 1) być zorientowane na osiąganie wyników, a nie na procesy;
- 2) odchodzić od tradycyjnego pojmowania działania organizacji publicznych w kierunku modelu kładącego dużo większy nacisk na personalną odpowiedzialność kierowników;
- 3) zrezygnować z klasycznej biurokracji na rzecz tworzenia bardziej elastycznych warunków zatrudnienia, pracy i organizacji;
- 4) zapewniać czytelność i zrozumiałość wytyczonych celów, a ich wykonanie oceniać za pomocą odpowiednich wskaźników;
- 5) poszukiwać metod służących rynkowej ocenie realizowanych zadań, np. kontraktowanie usług lub ich składowych;
- 6) ograniczać zakres działań realizowanych w ramach sektora publicznego i zlecać działania wyspecjalizowanym organizacjom sektora komercyjnego.

Wspomniany wymóg czytelności i zrozumiałości celów stawianych zarówno przed jednostkami świadczącymi usługi ochrony zdrowia, jak i ich pracownikami powoduje, że cele te, wszędzie, gdzie to możliwe, powinny być wyrażane w formie sprecyzowanych końcowych rezultatów, zapewniając tym sposobem ocenę efektywności funkcjonowania jednostek sektora finansów publicznych²². Ocena ta wymaga stosowania modelu 3E: *economy, efficiency and effectiveness* (oszczędność, efektywność i skuteczność), a zatem podejmowania działań służących i wspierających

zdrowotnej, czyli tzw. sieć szpitali, znacznie złagodziła konkurencję pomiędzy publicznymi placówkami medycznymi.

²¹ M. Zawicki, *New Public Management i Public Governance – zarys koncepcji zarządzania publicznego* [w:] *Studia z zakresu zarządzania publicznego*, red. J. Hauser, M. Kukielka, t. 2, Kraków 2002, s. 78–79.

²² Por. A. Zalewski, *Reformy...*, s. 48.

projekcję przyszłych warunków działania i profilaktykę²³. W szczególności dotyczy to występowania tzw. wąskich gardeł, w których ograniczenie przepływu zasobów lub liczby podejmowanych działań ogranicza sprawność organizacji.

Nowe zarządzanie publiczne w swoim podstawowym założeniu to model rynkowy, w którym niezależne i równorzędne podmioty (przedsiębiorstwa, agendy rządowe, osoby fizyczne) prowadzą działalność na własny rachunek, a stosunki między nimi regulują stosowne kontrakty. W tych warunkach efektywne reguły zachowania, które wytrzymały próbę konkurencji i zostały powszechnie uznane za obowiązujące, sprzyjają intensyfikacji i rozszerzaniu wymiany.

New Public Management jest zatem koncepcją, która propaguje ukierunkowanie działania organizacji publicznych, w tym placówek ochrony zdrowia, na rezultaty, przy pełnym skupieniu uwagi na klientach i konsumentach. W tym ujęciu jednostki te swoją działalność mierzą i oceniają, stosując jednocześnie systemy motywowania uzależnione od osiągniętych wyników. W ochronie zdrowia przykładem kontroli rynkowej na poziomie systemu ochrony zdrowia są konkursy organizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w których podmioty medyczne konkurują ceną o zdobycie kontraktu na udzielanie odpowiednio wyspecyfikowanych świadczeń medycznych. Natomiast na poziomie organizacji przykładem kontroli rynkowej są kontrakty lekarskie, w szczególności te wyceniane na podstawie liczby wykonanych świadczeń.

Nowe zarządzanie publiczne jest koncepcją kładącą silny nacisk na wyznaczanie celów i monitorowanie, kontrolowanie poziomu ich osiągnięcia (skuteczność), przy jednoczesnej presji na zarządzanie finansami i wyznaczanie standardów usług (oszczędność i wydajność), poszukiwaniu możliwości porównań i adaptacji dobrych praktyk (benchmarking) oraz nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi. Zatem jako doktryna zarządzania w sektorze publicznym NPM ma charakter zdecydowanie zarządczy i stawia przede wszystkim na²⁴:

- 1) urynkowienie;
- 2) partnerstwo publiczne;
- 3) spłaszczenie struktur organizacyjnych;
- 4) efektywność i wymierne osiągnięcia;
- 5) zewnętrzny audyt, kompetentny nadzór i ewaluację.

W tym miejscu należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że rysująca się w NPM komplementarność podejść nie może oznaczać bezmyślnego naśladowania i bezkrytycznego przyjmowania rozwiązań stosowanych w biznesie. Temu bowiem podejściu (tzw. nowy

²³ Por. J. Czaputowicz, *Zarządzanie w administracji publicznej w dobie globalizacji*, „Służba Cywilna” 2005/10, s. 22.

²⁴ P. Jeżowski, *New Public Management – nowy paradygmat zarządzania w sektorze publicznym* [w:] *Zarządzanie w sektorze publicznym – rozwój zrównoważony – metody wyceny*, red. P. Jeżowski, Warszawa 2002, s. 12.

menedżeryzm) sprzeciwia się silna presja na rozumienie sektora i procesu świadczenia usług publicznych. Jak bowiem wiadomo, dla Nowego Zarządzania Publicznego kluczowe znaczenie ma teoria wyboru publicznego, zgodnie z którą interesariusze kierują się własnym interesem ekonomicznym, grupy interesu poszukują renty, politycy są przedsiębiorcami zainteresowanymi zdobywaniem i utrzymaniem władzy oraz przywilejami, urzędnicy wierzą w maksymalizację budżetu i ekspansję urzędu²⁵. W efekcie często zwraca się uwagę, że w swoich działaniach politycy i urzędnicy używają swojej władzy w celu oferowania przywilejów oraz usług wyborcom i grupom interesu w zamian za ich głosy i poparcie, a to zakłóca efektywną alokację.

Jednak w działaniu jednostek świadczących usługi zdrowotne zjawisko to można przeciwstawić przesłankom nowego instytucjonalizmu²⁶, który zakłada, że zachowanie jednostek nie może być traktowane jako utylitariańska próba maksymalizowania korzyści, a instytucje kształtowane są przez społeczne wartości, m.in. przez uwarunkowania historyczne, endogeniczne i demograficzne. W tym przypadku ocena efektywności dotyczy całych organizacji, a w mniejszym stopniu skupia się na zachowaniu pojedynczych członków organizacji. Alokacja zasobów powinna więc być oceniana szeroko, z wykorzystaniem różnych kryteriów badawczych.

Koncepcja NPM podlega w ostatnim czasie krytyce, której podłoże stanowią głównie zagadnienia związane z określeniem jej skuteczności w reformowaniu organizacji publicznych w kierunku ograniczania wydatków publicznych, zanikiem etosu służby publicznej czy też stosowaniem mechanizmów sektora prywatnego²⁷.

W odniesieniu do działań związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych szczególnego znaczenia nabiera koncepcja Dobrego Rządzenia (*Good Governance* – GG). Jest to koncepcja uzupełniająca NPM, stanowiąca swoistą odpowiedź na jego zidentyfikowane niedoskonałości, głównie związane z nadmiernym hołdowaniem zasadzie ekonomicznej efektywności, przy jednoczesnym pomijaniu potrzeby zwiększania wartości publicznej.

Jakkolwiek w ogólnym ujęciu pojęcie GG definiowane jest przez: 1) proces wyboru, monitoringu i wymiany rządów; 2) zdolność administracyjną do formułowania i implementowania polityk publicznych i zapewniania dobrej jakości usług publicznych; 3) udział obywateli w pracach instytucji administracyjnych, które zarządzają politykami społecznymi i gospodarczymi, to z perspektywy świadczenia usług publicznych należy raczej uznawać je za sprawowanie władzy w sprawach gospodarczych,

²⁵ A. Frączkiewicz-Wronka, *Poszukiwanie istoty zarządzania publicznego* [w:] *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Katowice 2009, s. 44.

²⁶ Por. M. Bevir, *Public Governance*, t. 1, *Theories of Governance*, London 2007, s. L, cyt. za: P. Modzelewski, *System zarządzania jakością a skuteczność i efektywność administracji samorządowej*, Warszawa 2009, s. 21.

²⁷ J.F. Nowak, *Modernizacja lokalnej administracji publicznej a rozwój lokalny*, Poznań 2006, s. 46.