



Mgr Anna Królak



Prof. dr hab. Leszek Markuszewski

Łódź – SAN

**REALIZACJA ZADAŃ WŁASNYCH JEDNOSTKI SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA
NA PRZYKŁADZIE AUDYTU DZIAŁALNOŚCI SAMODZIELNEGO
PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ,
W ŚWIELE USTAWY O PODMIOTACH LECZNICZYCH**

Abstract

The article is aimed at introducing the method of verifying the way of providing medical services by a public unit, using standardised tool of internal audit in public finance sector. Operational auditing research was aimed at presenting rational assurance – the attribut of internal audit, that existing, internal structures of Independent Public Health Maintenance Units guarantee the right standard and quality in supervision over the medical subject matter and tasks that are being realized are well controlled in order to obtain wished result and creating solid information on spending public finance destined on health service, that shows that costs are compatible with realized tasks.

Streszczenie

Artykuł ma na celu przedstawienie możliwej do wykorzystania metody weryfikacji sposobu świadczenia usług medycznych przez podmiot publiczny, za pomocą ustandaryzowanego narzędzia jakim jest audyt wewnętrzny w sektorze finansów publicznych. Założeniem badania o charakterze audytu operacyjnego, było przede wszystkim przedstawienie racjonalnego zapewnienia - atrybutu audytu wewnętrznego, że istniejące struktury wewnętrzne szpitala gwarantują odpowiedni poziom i jakość w zakresie nadzoru nad działalnością podmiotu leczniczego, a realizowane zadania są należycie kontrolowane w celu uzyskania

pożądanego rezultatu oraz wygenerowania rzetelnej informacji, co do wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych, która wskazuje, iż poniesione koszty są zgodne z realizowanymi zadaniami.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, w art. 68 ust. 2, nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych precyzują przepisy rozdziału 2 działu I ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Uszczegółowienie tych zadań i przypisanie ich konkretnym jednostkom samorządu terytorialnego i administracji rządowej zawierają przepisy art. 7-11 przytaczanej ustawy.¹

Administracja samorządowa na szczeblu gminnym i powiatowym jest podstawową strukturą organizującą sieć najpowszechniejszych usług publicznych dla społeczności lokalnych. Należą do nich usługi administracyjne, komunalne i społeczne, w tym ochrona zdrowia.

Art. 7. Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, w ustępie 1, punkcie 5 wskazuje, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, w szczególności są to zadania własne obejmujące sprawy ochrony zdrowia oraz zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej (art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 ustawy o samorządzie gminnym).² Mówimy więc o zadaniach użyteczności publicznej, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Należy jednak nadmienić, że art. 7 nie przesądza o trybie i formie realizacji powierzonych zadań. Zasady i sposób wykonywania przez gminę poszczególnych zadań własnych unormowane są w odrębnych aktach prawnych, Problem ten naświetlono w postanowieniu NSA w Warszawie z dnia 9 maja 2012 r., sygn. I OSK 926/12), przy czym oprócz prawnych możliwości utworzenia podmiotu leczniczego, gmina może także stworzyć warunki do jego pozyskania ze wewnętrznego świadczeniodawcy, poprzez np. dzierżawę pomieszczeń, czy preferencje w zakresie opłat publiczno-prawnych.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity z 2015 r. poz. 581, ze zm.

² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, t.j. Dz.U.2016.0.446

Promocja i ochrona zdrowia należy również do zadań powiatu. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia.³ Szczegółowy zakres kompetencji powiatu w obszarze ochrony zdrowia określają jednak inne ustawy, odnoszące się m.in. do takich zagadnień jak przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej. Należy tu podkreślić, że istotnym zadaniem powiatu w zakresie ochrony zdrowia będzie realizacja uprawnień, wynikających z pełnienia funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub dotyczących pełnienia funkcji właścicielskich, w przypadku spółek prawa handlowego.

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia obszerną definicję systemu opieki zdrowotnej, który według niej „(...) zawiera w sobie wszelkie działania mające na celu przywracanie, utrzymywanie bądź promowanie zdrowia (...) i obejmuje pacjentów wraz z ich rodzinami, pracowników opieki zdrowotnej, a także opiekunów należących do organizacji czy też lokalnej społeczności, wraz z otoczeniem, w którym stosowana jest polityka zdrowotna i występują wszelkie pozostałe rodzaje aktywności powiązane ze zdrowiem”.⁴ Pojęcie ochrony zdrowia w myśl przytoczonej definicji, jak i powołanych wcześniej aktów prawnych, służy więc zaspokajaniu potrzeb wspólnot samorządowych i jest jednym z istotnych zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, angażujących ich zasoby finansowe. Jest to pojęcie szerokie i na gruncie obowiązującego ustawodawstwa nie znajdziemy jego literalnej definicji, jak też brak jest wskazania przez ustawodawcę istotnych elementów składających się na konstrukcję tego pojęcia, mimo iż zarówno ustawodawca, jak i inne źródła prawa często tym terminem się posługują. Z obszernej literatury w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i orzecznictwa w tym zakresie, należy wywieść, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest abstrakcyjnie określony stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone. Kluczowe znaczenie dla zrozumienia prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji), a w dalszej konsekwencji – zasad dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych mają ich konstytucyjne uwarunkowania. Prawo do ochrony zdrowia – stwierdza A. Zoll – jest konstytucyjnie gwarantowane i to nie tylko jako prawo, które nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności czło-

³ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1445, 1890

⁴ World Health Organization, World Health Report 2000, World Health Organization, Geneva, Switzerland 2002.ytg

wieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać (zob. A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, vol. 2).⁵

A zatem ochrona zdrowia pozostaje jednym z wielu zadań publicznych, które mocą prawa przydzielono do realizacji poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego. Ponieważ ochrona zdrowia jest pojęciem szerokim, mieści w sobie zarówno podstawową opiekę zdrowotną, w tym nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, jak również świadczenia specjalistyczne, jak i leczenie szpitalne. Zwykle zadania z zakresu ochrony zdrowia, w tym podstawowej opieki zdrowotnej realizują podmioty lecznicze, którymi mogą być przedsiębiorcy, najczęściej lekarze wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną lub grupową praktykę w postaci spółki: cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej oraz podmioty niebędące przedsiębiorcami. W tej grupie mieszczą się także fundacje i stowarzyszenia, kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą (part. 4 ust. 1 pkt 1, 4, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej)⁶. Nie są przedsiębiorcami samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe: państwowe i samorządu terytorialnego (art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Należy wspomnieć, że zarówno organy administracji rządowej jak i jednostki samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej jak i jednostki budżetowej (art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Omówienie zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, szczebla gminnego i powiatowego miało na celu zwrócenie uwagi, jak duża pula środków publicznych, dedykowana tej działalności, jest ulokowana na tym właśnie szczeblu zarządzania, a w związku z tym jak istotne i elementarne jest sprawowanie bieżącego nadzoru i dokonywanie okresowej weryfikacji prawidłowości konsumowania tychże środków.

Uwzględniając postanowienia art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. (przyp.aut.) o finansach publicznych, który definiuje finanse publiczne jako procesy związane z gromadzeniem środków publicznych oraz ich rozdysponowywaniem, należy stwierdzić, że zarządzanie środkami publicznymi jest częścią tych procesów. Zarządzanie gospodarką finansową jednostek samorządu terytorialnego (w skrócie j.s.t, przyp. aut.) powinno być postrzegane w perspektywie makroekonomicznej, tzn. zarówno w skali danej jednostki samorządu terytorialnego w sposób kompleksowy, jak i w powiązaniu tej gospodarki z gospodarką finansową całego państwa, ponieważ samorząd terytorialny jest częścią państwa, a nie strukturą ustrojowo-polityczną i społeczną istniejącą obok struktury całego państwa i niezależnie od niej. Zarządzanie gospodarką finansową jednostek samorządu terytorialnego oznacza: kształtowanie i ustalanie założeń jej

⁵ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03

⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618.

polityki finansowej, tworzenie prawa miejscowego regulującego proces realizacji zadań j.s.t. i gromadzenia dochodów niezbędnych do ich realizacji oraz kierowanie procesem planowania celów, metod i środków realizacji zadań. Zarządzanie w tym zakresie powinno mieć charakter kompleksowy, a więc obejmować wyznaczanie i realizację założeń polityki finansowej j.s.t. (dochodowej i wydatkowej), koordynację realizacji tej polityki, monitorowanie i weryfikowanie wykorzystywania zasobów finansowych oraz efektów podejmowanych działań. Istotą zarządzania finansami j.s.t. są podejmowanie decyzji finansowych oraz sposób, w jaki zarządzający tymi finansami podejmują decyzje finansowe, reagując na zmieniające się warunki działania i pojawiające się potrzeby społeczności danej j.s.t. W procesie zarządzania gospodarką finansową j.s.t. uczestniczą różne podmioty, np. urzędnicy samorządowi, radni, eksperci. Zarządzanie środkami publicznymi jest drogą do racjonalizacji, ale na poziomie państwa lub j.s.t. (dysponenci globalni środków) ma charakter specyficzny, bowiem jest silnie uzależnione od tzw. układów politycznych będących wynikiem przynależności radnych do różnych partii politycznych oraz rywalizacji pomiędzy aktualnie rządzącymi a opozycją. Dlatego też konieczne jest dążenie do neutralizacji tego zjawiska przez przyjmowanie obiektywnych kryteriów stosowanych w procesie zarządzania środkami publicznymi.⁷

Zarządzanie jest definiowane jako kombinacja procesów oraz struktur na bazie zarządzania, kierowania oraz monitorowania działań organizacji w kierunku osiągnięcia celów. W sektorze publicznym zarządzanie odnosi się do środków, za pomocą których cele są ustalone i realizowane. Obejmuje ono również czynności, które zapewniają wiarygodność jednostek sektora publicznego. Podstawą dobrego zarządzania sektorem publicznym, jest przywołany w tytule artykułu audyt wewnętrzny. Poprzez zapewnienie bezstronnej, obiektywnej oceny, czy środki publiczne są odpowiedzialnie i skutecznie zarządzane, odpowiada na pytanie czy osiągnięto zamierzone rezultaty. Audytorzy pomagają organizacjom rządowym (oraz samorządowym, przyp.aut.) w odpowiednim i uczciwym działaniu, usprawniając działanie oraz budując zaufanie obywateli i interesariuszy. Działalność audytora w sektorze publicznym wspiera odpowiedzialność zarządzającego w zakresie nadzoru, wglądu i przewidywania. Nadzór dotyczy tego, czy np. jednostki samorządu terytorialnego realizują przypisane im zadania i jednocześnie służy do wykrywania i powstrzymywania korupcji w sektorze publicznym. Wgląd w realizowane procesy wspomaga osoby podejmujące decyzje poprzez zapewnianie niezależnej oceny programów rządowych, strategii, działań i rezultatów. Audyt – poprzez prognozowanie – identyfikuje trendy i pojawiające się wyzwania. Do wywiązania się z każdej z tych ról audytorzy używają w swojej pracy różnych metod,

⁷ *Finanse samorządowe*, 580 pytań i odpowiedzi. Red. C. Kosikowski, J.M. Salachna. Warszawa 2012 s. 56

tj.: audytu finansowego, audytu wydajności oraz analizy i doradztwa.⁸ Obszar szeroko pojętej ochrony zdrowia to, ze względu na różnorodność przedmiotową i podmiotową spektakularne pole do wykorzystania umiejętności audytowych.

Nowoczesny audyt wewnętrzny, nastawiony na badanie efektywności funkcjonowania jednostki, może być niezwykle użytecznym narzędziem dla kierownictwa każdej organizacji. Poza bezpośrednią identyfikacją problemów umożliwia on lepsze zrozumienie, jak działa instytucja, co w efekcie skutkuje wzrostem efektywności pracy. Tak dzieje się w większości dużych firm i coraz częściej także w sektorze publicznym na całym świecie. W administracji publicznej w Polsce, jak dotąd, audyt wewnętrzny w większości przypadków pełnił jedynie funkcję tradycyjnej rewizji wewnętrznej, koncentrując się na kwestiach zgodności działań z przepisami. Jednak nie ma żadnego powodu, aby audyt w służbie publicznej nie dorównywał poziomem i wagą audytowi w najlepszych instytucjach prywatnych. Do tego konieczne jest odpowiednie przygotowanie ram prawnych i organizacyjnych prowadzenia audytu, (...), ale przede wszystkim zrozumienie roli audytu przez kierownictwo jednostek oraz realna chęć do zwiększania efektywności działania zarządzanych przez nich instytucji. W takich warunkach audyt wewnętrzny powinien stać się kluczowym ogniwem umożliwiającym wzrost jakości pracy poszczególnych instytucji, przy jednoczesnym spadku kosztów ich działania.⁹

Celem konkretnego, omawianego audytu jest obiektywna i niezależna ocena funkcjonowania podmiotu leczniczego, w oparciu o obowiązujące normy ustawowe, regulacje wewnętrzne i standardy kontroli zarządczej, a także wskazanie zagrożeń i szans w dalszym funkcjonowaniu podmiotu i prawdopodobnych kierunkach jego restrukturyzacji, określenie przyczyn potencjalnych uchybień i pomoc we wskazaniu działań, które należy i można podjąć, a także dostarczenie organom założycielskim lokalnych struktur ochrony zdrowia obiektywnych analiz i ocen dotyczących badanego obszaru. W myśl zapisów ustawy o działalności leczniczej celem audytu w przedmiotowym obszarze jest w szczególności zebranie informacji o: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi; gospodarce finansowej, a także przyjętej metodyce i strategii zarządzania ryzykiem.

Możliwe do realizacji czynności audytowe w obszarze ochrony zdrowia mają najczęściej charakter audytu operacyjnego i skupiają się przede wszystkim na uzyskaniu racjonalnego zapewnienia, że istniejące struktury wewnętrzne gwarantują odpowiedni poziom i jakość w zakresie nadzoru nad podmiotami leczniczymi, że realizowane za-

⁸ Przewodnik: Rola audytu w zarządzaniu sektorem publicznym, Instytut Audytorów Wewnętrznych II Polska, wydanie 2, styczeń 2012

⁹ A. Mazurek, M. Pióunowicz: Audyt wewnętrzny w sektorze publicznym w Polsce – Diagnostyka i propozycje zmian. Fundacja FOR. Warszawa 2008 s. 29

dania są należycie kontrolowane w celu zapewnienia uzyskania pożądanego rezultatu oraz dostępna jest odpowiednia informacja na temat wydatkowania środków budżetowych przeznaczonych na realizację świadczeń, która wskazuje, iż poniesione koszty są zgodne z realizowanymi zadaniami. Audytor wewnętrzny, zgodnie z definicją audytu wewnętrznego, wynikającą z art. 272 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, skupia się również na ocenie kontroli zarządczej w audytowanym obszarze, który stanowi *de facto* wycinek finansów publicznych. W trakcie sporządzania ustaleń audytorzy wewnętrzni kierują się najczęściej następującymi ogólnymi kryteriami, uwzględniającymi standardy kontroli zarządczej w jednostkach sektora finansów publicznych: wymogi obowiązujących uregulowań prawnych, procedury wewnętrzne i zapisy zawartych przed podmioty, zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi; podział obowiązków i zakresy czynności personelu placówki, a także ich kwalifikacje; wiarygodności sprawozdań; ochrona zasobów; przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania; sposoby przepływu informacji i szeroko pojętej komunikacji w jednostce, sposób zarządzania ryzykiem prowadzonej działalności oraz monitorowanie realizacji zadań, jak również ocena ich skuteczność i efektywności.

W trakcie badania audytorzy analizują wielkość, dynamikę i strukturę kosztów jednostki oraz główne czynniki determinujące wielkość i strukturę kosztów, mając na uwadze fakt, iż podmioty lecznicze działają w określonych realiach prawnych i faktycznych, jako jednostki sektora finansów publicznych, a ich działalność, zarówno z uwagi na zakres świadczonych usług, jak pozostałe istotne czynniki takie jak lokalizacja, ilość i jakość personelu, w połączeniu z wieloletnim funkcjonowaniem na gruncie lokalnych usług medycznych, nastręcza niejednokrotnie wiele problemów zarządczych. Audytor wewnętrzny skupia swą działalność przede wszystkim na identyfikacji i ocenie istotnych ryzyk, mogących mieć wpływ na zapewnienie ciągłości działalności jednostki. Część ze zidentyfikowanych ryzyk najczęściej ma charakter ryzyk wewnętrznych, zależnych od kierownictwa i pracowników jednostki, zaś część z nich to ryzyka zewnętrzne, na które audytowani mają znikomy wpływ, jak chociażby ryzyko legislacyjne czy ryzyko kooperacji, dotyczące współpracy z innymi podmiotami bocnymi na rynku lokalnym.

Koszty są powszechnie uznane za jeden z najważniejszych syntetycznych wskaźników charakteryzujących gospodarność jednostki. Znajduje się w nich bowiem odzwierciedlenie trafność decyzji strategicznych zarządzających, racjonalna alokacja zasobów oraz oszczędne, bieżące wykorzystanie wszystkich posiadanych składników. Analiza kosztów, przeprowadzona jako jeden z elementów badania audytowego, ma często na celu zwrócenie uwagi na sposób świadomego kształtowania wyniku finansowego jednostki.

W trakcie realizowanych audytów audytorzy wewnętrzni natrafiają w analizowanych obszarach na różnego rodzaju problemy zarządcze, których przykładowy katalog może wyglądać następująco¹⁰: brak rozwiązań systemowych dla generowania nadwykonań ponad limit świadczeń zakontraktowanych, mających wpływ na wynik finansowy jednostki (sposób kontraktowania i wyceny świadczeń, niedoszacowanie kontraktów ze strony NFZ, przy jednoczesnym braku reżimu dla nadwykonań na przestrzeni czasu); potencjalna konieczność wypłaty odszkodowań z tytułu spraw sądowych i innych, a wysokość i aktualizowanie rezerwy z tego tytułu i jej wpływ na wynik finansowy (jej konieczność przy obowiązującym systemie ubezpieczeń OC i wysokości sum ubezpieczenia); sposób kalkulowania i aktualizacji rezerw z tytułu świadczeń pracowniczych, mających wpływ na wynik finansowy; brak ustalenia jednorodnego sposobu kalkulacji przychodów z tytułu świadczenia usług; brak wskazania sposobu rozłożenia kosztów wspólnych z interdyscyplinarnych ośrodków kosztów, w poszczególnych ośrodkach kosztów podmiotu; spadek populacji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz spadek przychodów z tego tytułu; problemy w strukturze zatrudnienia; sposób i jakość gromadzenia danych w zakresie ewidencjonowania zrealizowanych świadczeń-brak zintegrowanego systemu informatycznego i jego wpływ na informację zarządczą; brak przestrzegania procedur ochrony danych osobowych w zakresie zabezpieczeń fizycznych i logicznych; ryzyko związane z brakiem długofalowej polityki kadrowo-płacowej, mogącej skutkować w perspektywie brakiem wysokospecjalistycznej kadry medycznej, w kontekście. Powyższe przykłady, oparte na doświadczeniu zawodowym autorów niniejszego artykułu, stanowią katalog otwarty i jedynie niewielki wycinek możliwych do zidentyfikowania problemów placówek ochrony zdrowia. Należy tu zaznaczyć, że zarówno rodzaj, jak i skala problemów pozostają w bezpośredniej korelacji z wielkością jednostki z zakresem realizowanych przez nią zadań.

Wszystkie organizacje, które chcą istnieć i rozwijać się, muszą wprowadzać zmiany. Dla jednych jest to efekt reakcji na wewnętrzne trudności, dla innych droga do osiągnięcia sukcesu w obliczu pojawiających się szans. Również organizacje medyczne podlegają zmianom, które w ostatnim dwudziestolecu nabrały szczególnego znaczenia, gdyż są konsekwencją głębokich przeobrażeń systemowych, dokonujących się w kluczowym obszarze usług społecznych, jakim jest sektor ochrony zdrowia. Przeobrażeniom podlega cały system ochrony zdrowia wraz z jego złożoną sferą regulacyjną, jak również jego podstawowe elementy, którymi są poszczególne organizacje medyczne świadczące usługi zdrowotne. Stanowią one przestrzeń dla zmian, które w przeważającym stopniu wymuszane są przez generowane centralnie propozycje nowych rozwiązań systemowych dotyczących funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Proces zarządzania zmianami jest procesem złożonym, dokonującym się na

¹⁰Na podstawie praktyki zawodowej dyplomowanego audytora sektora publicznego

żywym organizmie placówek medycznych, często pod dużą presją czasu i niezaspokojonych oczekiwań pacjentów. Kierują nim często ludzie, którzy nie zawsze są profesjonalnie przygotowani do zarządzania zmianami.¹¹ W obliczu takiej sytuacji, badania audytowe realizowane zarówno *ex post*, jak i *ex ante*, stanowią dla świadomej kadry menedżerskiej nieocenioną pomoc analityczną i metodyczną, do zarządzania zmianą.

Zwłaszcza dostępna w ramach możliwego do realizacji badania audytowego analiza ekonomiczna wszelkich aspektów funkcjonowania świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali, dostarcza danych do podejmowania decyzji zarządczych i formułowania polityki zdrowotnej. We współczesnych uwarunkowaniach placówki ochrony zdrowia znalazły się w szczególnie trudnym położeniu ze względu na sytuację demograficzną prowadzącą do wzrostu kosztów leczenia oraz niedoborów, a w niektórych obszarach wręcz braków środków finansowych. Z badań przeprowadzanych w różnych krajach wynika, że najważniejszą sprawą staje się racjonalne zarządzanie umożliwiające efektywne gospodarowanie pieniędzem i zasobami zarówno w krótkim, jak i w długim okresie. Dążenie do racjonalizacji kosztów, przy dbaniu o jakość i dostępność świadczeń, musi bazować na zróżnicowanych wskaźnikach.¹²

Rozważając kwestię optymalizacji i racjonalizacji kosztów w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, warto zwrócić uwagę na konieczność wdrożenia i utrzymania ładu korporacyjnego (governance), którego jednym z elementów jest ład finansowego w placówkach opieki zdrowotnej. Definicja samego governance, została zaproponowana w Międzynarodowych Standardach Profesjonalnej Praktyki Audytu Wewnętrzznego Instytutu Audytorów Wewnętrznych (IIA), stosowanych jako standardy audytu również dla polskich jednostek sektora finansów publicznych¹³. Uogólniając ład korporacyjny (corporate governance) lub synonimicznie organizacyjny (organizational governance) to procesy i struktury wprowadzone w celu informowania, kierowania, zarządzania i monitorowania działań organizacji, prowadzących do osiągnięcia jej celów. Governance łączy zarówno wewnętrzne procesy, ludzi, systemy i struktury w organizacji, jak również odnosi się do relacji pomiędzy właścicielami, zarządem, kontrahentami. W ostatnich latach bardzo wzrosło zainteresowanie menedżerów procesami zarządzania operacyjnego. Prawdopodobnym źródłem tej koncentracji uwagi jest wzrost oczekiwania społecznego wobec jakości produktów i usług. Jakość uzyskiwanych rezultatów w procesach działania organizacji to kluczowy punkt odniesienia podejmowanej przez nią aktywności w procesach wytwarzania produktu lub usługi. Dlatego właśnie organizacja ze szczególną starannością monitoruje wszystkie działania i procesy opera-

¹¹ J. Stępniewski, P. Karnieja, M. Kęsy: Innowacje organizacyjne w szpitalach. Warszawa 2011 s. 17

¹² Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia. Red. nauk. E. Nojszewska. Warszawa 2012 s. 9

¹³ Komunikat Nr 2 Ministra Finansów z dnia 17 czerwca 2013 r. w sprawie standardów audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych, Dz. Urz. MF z dnia 24 czerwca 2013 r. poz.15

cyjne. Od ich struktury, jakości konstrukcji i realizacji zależy powodzenie misji i celów organizacji.¹⁴

Wspomniany istotny element *governance* – ład finansowy, oznacza uporządkowanie procesów gromadzenia i redystrybucji środków pieniężnych. Zasady podziału tych środków powinny być jasne i przejrzyste, podobnie jak relacje między uczestnikami systemu, czyli płatnikiem, świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami. Ważną rolę odgrywają skuteczny monitoring i kontrola stosunku kosztów procedur do uzyskanych efektów. Placówki opieki zdrowotnej są specyficznymi podmiotami na rynku, które funkcjonują według zasad gospodarki rynkowej, podobnie jak inne podmioty występujące w obrocie gospodarczym. Prowadzą działalność usługową polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych finansowanych głównie przez NFZ. Zatem aby mówić o ich funkcjonowaniu w warunkach gospodarki rynkowej, warto zwrócić uwagę na regulacje dotyczące systemu finansowania świadczeń medycznych. Często mówiąc o rynku, mamy na myśli jego wielopodmiotowość i równowagę uczestników. Tej ostatniej w systemie usług zdrowotnych nie obserwujemy w pełni z uwagi na wielość świadczeniobiorców, którymi są pacjenci, wielość świadczeniodawców, którymi są zakłady opieki zdrowotnej, i, co najważniejsze, istnienie trzeciej strony będącej niestety swego rodzaju monopolem, czyli NFZ. Istota gospodarki rynkowej sprowadza się do osiągania zysków przez przedsiębiorcę, zatem również zakład opieki zdrowotnej powinien na siebie zarobić. To, czy zarabia, zależy od sposobu zarządzania. Jednostki opieki zdrowotnej w Polsce borykają się nieustannie z problemem efektywności ekonomicznej. Istotnym zagadnieniem staje się kształtowanie w nich ładu ekonomicznego, co powinno przejawiać się w umiejętności: uwzględniania w podejmowanych decyzjach o znaczeniu strategicznym i operacyjnym ograniczonych zasobów finansowych będących w dyspozycji jednostki, odróżniania kosztów ekonomicznych od kosztów księgowych, budżetowania działalności, wdrożenia nowoczesnych technik zarządzania (m.in. zarządzania strategicznego, zarządzania zmianami, zarządzania kosztami i dyscypliny kosztowej)¹⁵ oraz stosowania nowoczesnych, sprawdzonych metod weryfikacji informacji zarządczej, z udziałem audytu wewnętrznego.

Kształtowanie ładu organizacyjnego, w tym ładu finansowego wiąże się bezpośrednio z zarządzaniem kosztami placówki, przy czym pojęcie kosztu nie powinno *a priori* mieć tu znaczenia pejoratywnego. Zarządzanie kosztami można określić jako celowe i świadome podejmowanie decyzji prowadzących do osiągnięcia i utrzymania założonego poziomu kosztów akceptowalnych, umożliwiającego zbilansowanie jednostki. W gospodarce rynkowej podmioty nie mogą pozwolić sobie na dowolne kształtowanie poziomu kosztów. Powinien on wynikać z: racjonalnego wykorzystania zasobów rze-

¹⁴ Zarządzanie podmiotem leczniczym. Red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs. Warszawa 2013 s. 46

¹⁵ Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia. Red. nauk. E. Nojszewska. Warszawa 2012 s.75-76

czowych, ludzkich, finansowych i informacyjnych, przyjętych zasad tworzenia planów lub budżetów kosztów, stanu technicznego zasobów rzeczowych (sprzętu, transportu, maszyn), przyjętej technologii wytwarzania, przyjętej organizacji produkcji.¹⁶ Rozważając na temat kosztów i sposobów zarządzania, nie sposób nie wspomnieć o marketingu usług medycznych. Przy obecnych trendach rynkowych (w postaci przede wszystkim narastającej konkurencji, zwiększającej się podmiotowości pacjentów, eskalacji kosztów opieki zdrowotnej na skutek postępu technologii medycznych i procesu starzenia się społeczeństw) – i to niezależnie od szerokości geograficznej – orientacja marketingowa podmiotów sektora zdrowia, w szczególności usługodawców, staje się nieodzownym elementem zarządzania nowoczesną organizacją. Strategiczne podejście do marketingu w opiece zdrowotnej jest z pewnością nowym doświadczeniem w warunkach polskich. Dotyczy to wszystkich interesariuszy sektora zdrowia: od kreatorów polityki zdrowotnej państwa, poprzez usługodawców opieki zdrowotnej zarówno sektora publicznego, jak i niepublicznego, płatnika trzeciej strony (publicznego i w formie prywatnych ubezpieczeń), aż po pacjentów w roli klientów.¹⁷

Zbudowanie i utrzymanie silnej pozycji na rynku usług medycznych nie jest w praktyce zadaniem łatwym. Wymaga opracowania i wdrożenia oryginalnej strategii, tak by podmiot leczniczy mógł efektywnie funkcjonować zarówno w warunkach sprzyjających jego rozwojowi, jak i w warunkach niepewności oraz nie poddawał się wpływowi negatywnych zjawisk występujących w jego otoczeniu. Strategia ta powinna być dostosowana do warunków stwarzanych przez otoczenie oraz zasobów wewnętrznych podmiotu. Skuteczność strategii będzie uzależniona od spójności i harmonii między wybranymi elementami marketingu, a także od wspólnego zaangażowania i kwalifikacji kadry zarządzającej jednostką, jak i wszystkich jej pracowników (M.D. Głowacka, E. Mojs (red), *Zagrożenia zdrowotne i społeczne dzieci i młodzieży*, Poznań 2008).¹⁸

Proces zarządzania organizacją zawsze powinien się koncentrować na monitorowaniu uzyskiwanych wyników i analizie czynników determinujących ich jakość. Czesław Nosal formułuje siedem problemów determinujących sprawność i korzyści płynące z działań organizacji:

- 1) dbałość o doskonalenie struktury organizacji - przez analizę czynników znośzących lub obniżających sprawność organizacji (także wewnętrzną), a wpływających na jakość jej procesów interakcji i komunikowania się z otoczeniem;
- 2) wymóg określenia zasad polityki kadrowej dla struktur organizacji, z uwzględnieniem jakości doboru kadr do stanowisk pracy i tzw. Ścieżek rozwoju zawodowego oraz zawodowych karier;

¹⁶ Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia. Red. nauk. E. Nojszewska. Warszawa 2012 s. 77

¹⁷ P. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens: *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Warszawa 2013 s. 14-15

¹⁸ Zarządzanie podmiotem leczniczym. Red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs. Warszawa 2013 s. 73-74

3) problem tworzenia zespołów i optymalnych warunków dla ich twórczej i wydajnej pracy przez sprzyjającą kulturę organizacyjną, eliminację źródeł napięć i warunki wspierania kreatywności;

4) jakość realizacji skutecznego zarządzania organizacją oraz sprawne kierowanie zespołami (kierowniczymi);

5) problem projektowania i wdrażania efektywnego systemu motywacyjnego, stymulującego pracowników do przejawiania pożądanych zachowań i utrzymywania ich w długim horyzoncie czasowym, zgodnie z potrzebami organizacji;

6) problem adekwatności i korzystności podejmowanych decyzji w odniesieniu do pojawiających się w otoczeniu organizacji szans i zagrożeń;

7) problem kreatywności i strategii działań zarządczych przez utrzymywanie globalnej (szerszej) perspektywy działań (C. Nosal, Psycholog decyzji kadrowych, Kraków 1999).¹⁹

Owe problemy, mogą stanowić nie tylko dylemat zarządczy kadry kierującej placówką opieki zdrowotnej, gdyż są one gotowym zestawieniem obszarów audytu dla niezależnej i obiektywnej oceny audytowej.

Podsumowanie

Realizacja zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, w zakresie ochrony zdrowia, jak również racjonalizacja kosztów podmiotów leczniczych, w tym sp zoz-ów, na każdej płaszczyźnie działalności - począwszy od szeroko pojętej koncepcji prowadzenia jednostki, poprzez utworzenie odpowiedniej infrastruktury, po optymalizację procesu leczenia i dobór instrumentów finansowych, dotyczy bezpośrednio nas wszystkich, ponieważ dotyczy rzeczywistości lokalnej, określanej tak chętnie ostatnio używanym terminem „mała ojczyzna”. Pamiętajmy, że odbywać się ona może przy użyciu dedykowanych metod wspierających nowoczesne zarządzanie, takich jak audyt wewnętrzny. W ustawową definicję audytu wpisana jest niezależność i obiektywizm audytora wewnętrznego, gwarantując jakość przedkładanej oceny, a ustawodawca wskazuje metody i kryteria dokonywania przedmiotowych ocen, dlatego audyt wewnętrzny jest to narzędzie ze wszech miar pożądane i pomocne, szczególnie w obszarze tak newralgicznym i wrażliwym społecznie, jak finansowane świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Bibliografia

Finanse samorządowe, 580 pytań i odpowiedzi. Red. C. Kosikowski, J.M. Salachna. Warszawa 2012
Komunikat Nr 2 Ministra Finansów z dnia 17 czerwca 2013 r. w sprawie standardów audytu wewnętrznego

¹⁹ Zarządzanie podmiotem leczniczym. Red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs. Warszawa 2013 s. 89-90

nego dla jednostek sektora finansów publicznych, Dz. Urz. MF z dnia 24 czerwca 2013 r. poz.15

Kotler P. , Shalowitz J., Stevens R.J.: Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej. Warszawa 2013

Mazurek A. , Piołunowicz M.: Audyt wewnętrzny w sektorze publicznym w Polsce – Diagnoza i propozycje zmian. Fundacja FOR, Warszawa 2008

Przewodnik: Rola audytu w zarządzaniu sektorem publicznym, Instytut Audytorów Wewnętrznych II Polska, wydanie 2, styczeń 2012

Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia. Red. nauk. E. Nojszewska. Warszawa 2012

Stępniewski J., Karnieja P., Kęsy M.: Innowacje organizacyjne w szpitalach. Warszawa 2011

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity z 2015 r. poz. 581, ze zm.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, t.j. Dz.U.2016.0.446.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1445, 1890.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618.

World Health Organization, World Health Report 2000, World Health Organization, Geneva, Switzerland 2002

Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03

www.samorząd.lex.pl

www.iaa.org.pl

Zarządzanie podmiotem leczniczym. Red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs. Warszawa 2013