Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu
2013, t. 47, nr 2

Benedykt Bober

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

Budżet zadaniowy narzędziem kompleksowego zarządzania szpitalem publicznym

Streszczenie. *Reforma finansów publicznych w Polsce determinuje poszukiwania skutecznych metod finansowania. Jedną z nich jest budżet zadaniowy, dzięki któremu istnieje szansa na podniesienie efektywności oraz przejrzystości w planowaniu i ponoszeniu wydatków na służbę zdrowia – szpitale publiczne.*

Proponowane opracowanie stanowi próbę zaprezentowania idei oraz głównych celów budżetu zadaniowego, omawia jego założenia oraz istotne właściwości, ze szczególnym uwzględnieniem wydatków w szpitalach publicznych. Tworząc subbudżety oddziałowe, uporządkowuje się wewnętrzne relacje, prowadząc do efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów oraz eliminacji niedociągnięć organizacyjno-funkcjonalnych szpitala publicznego. Natomiast potrzeba redukcji kosztów oraz zwiększenia dochodów w połączeniu z potrzebą zaspokojenia projakościowych wymagań prosumentów na satysfakcjonującym poziomie są głównymi katalizatorami zmian w szpitalu publicznym.

Słowa kluczowe: *finanse publiczne, budżet zadaniowy, szpital publiczny, usługi szpitalne*

1. Wprowadzenie

W niniejszych rozważaniach przyjęto, że każda jednostka organizacyjno-funkcjonalna szpitala publicznego, niezależnie od wielkości oraz rodzaju świadczonych usług szpitalnych, realizuje określone cele strategiczne i operacyjne. Dlatego też istotna jest wiedza o zaangażowanych zasobach oraz o możliwościach ich wykorzystania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Zarządzanie szpitalem

publicznym jak zakładem usługowym wymaga zastosowania właściwych dla niego ekonomiczno-finansowych mechanizmów[1], pobudzających do racjonalizacji ekonomicznej działalności oraz zaspokojenia projakościowych potrzeb pacjentów na usługi szpitalne.

Na podstawie uzyskanych informacji (np. repozytoria szpitalne), poszczególne oddziały szpitalne mogą ustalić plany alokacji posiadanych zasobów poprzez proces budżetowania (subbudżety oddziałowe). Implementacja skutecznej strategii pozwala wskazać istotne potrzeby szpitala publicznego (oddziałów szpitalnych) oraz słabe i mocne strony i stworzyć plan pozyskiwania funduszy na konkretne potrzeby (niestandardowe usługi, badania nieinwazyjne itp.). Kompleksowy budżet szpitala publicznego powinien zawierać całkowite koszty oraz źródła finansowania subbudżetów oddziałowych, obejmujący precyzyjne obliczenie kosztów stałych oraz ile dany oddział ma zagwarantowanych (posiadanych) środków, jakich wpływów może się spodziewać i na co je spożytkować.

Dekompozycja budżetu szpitalnego ma istotne znaczenie dla jakości subbudżetów oddziałowych, ponieważ to dane są nośnikiem wiedzy o procesach świadczonych usług szpitalnych. Wiedza organizacyjno-funkcjonalna szpitala publicznego (świadczonych usług szpitalnych) jest przechowywana w systemach informatycznych (repozytoriach szpitalnych) klasy *Business Intelligenc* – BI, wspomagających proces kompleksowego zarządzania podmiotem.

2. Istota budżetu zadaniowego w szpitalu publicznym

Uznanie podmiotowości pacjenta wymaga od kadry zarządzającej szpitalem publicznym oraz kadry medycznej gotowości do zmian uwzględniających realia rynkowe. Ocena ekonomiczna polega na porównaniu świadczonej usługi szpitalnej z odpowiednią alternatywą pod względem kosztów i konsekwencji zdrowotnych, celem redukcji ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usługi szpitalnej oraz asymetrii informacyjnej na linii lekarz – pacjent. Opracowany wykaz zadań i podzadań realizowanych przez dysponentów środków finansowych w szpitalu stanowi punkt wyjścia realizacji zasad skuteczności i efektywności.

W literaturze przedmiotu proces budżetowania zdefiniowany jest jako „zespół czynności wykonywanych zgodnie z zasadami i metodami właściwymi temu procesowi, które prowadzą do sporządzenia budżetu i wykorzystania go w zarządzaniu przedsiębiorstwem”[2]. Natomiast M. Dylewski uważa, że jest to

[1] Ustawa z dnia 25 września 2009 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 178, poz. 1374.

[2] R. Kotapski, *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Kompendium wiedzy*, Wyd. Marina, Wrocław 2006, s. 16.

„proces zestawiania w jedną całość budżetów sporządzonych w przedsiębiorstwie i wykonywanie ich z jak najbardziej możliwym przestrzeganiem zapisów w nich ujętych”[3].

Budżet zadaniowy – *performance budget* określany jest[4] jako metoda kompleksowego zarządzania finansami szpitala publicznego. Jest „tablicą pokładową”, zgodną z ustawą budżetową *performance-informed budgeting*, która skupia się na istotnych procesach diagnostyczno-terapeutycznych świadczonych usług szpitalnych z uwzględnieniem celu oraz metodologii niezbędnej do jej osiągnięcia i pomiaru efektów. Każdy proces realizowany w ramach subbudżetu oddziałowego powinien posiadać m.in.:

– harmonogram realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wydatków z nim związanych,
– kalkulację kosztów procesu świadczenia usługi szpitalnej oraz
– wskazywać osobę odpowiedzialną za realizację tego procesu.

Budżet zadaniowy jest narzędziem wspomagającym kompleksowe zarządzanie szpitalem publicznym, stanowi również bazę informacji niezbędnych w realizacji celów szpitala publicznego oraz tworzenia efektywnych systemów motywacyjnych.

Według autora, ekonomiczne koszty choroby należy oceniać nie tylko jako wydatki na usługi szpitalne, ale i jako koszty ponoszone przez gospodarkę jako całość (okres przebywania na zwolnieniu i rehabilitacji, okres powrotu do pracy itp.). W warunkach turbulencji otoczenia planowanie (liczby i rodzaju świadczonych usług szpitalnych) jest najsłabszym ogniwem kompleksowego procesu zarządzania[5] szpitalem publicznym – oddziałem szpitalnym.

W niniejszych założeniach przyjęto, że planowanie scenariuszowe w kontekście wdrożonej strategii podmiotu – oddziałów szpitalnych – jest istotnym instrumentem redukcji ryzyka[6] decyzyjnego oraz wzrostu satysfakcji zdrowotnej pacjenta, w którym uwzględnia się wiele jednakowo prawdopodobnych wariantów przyszłości – szerokie spektrum możliwości ich poprawienia[7]. Polega ono m.in. na rozważaniu potencjalnych scenariuszy kosztów procesu oraz korzyści zdrowotnych świadczonych usług szpitalnych, poddanych wielokryterialnej analizie, w której „większe jest prawdopodobieństwo, że któryś z nich się

---

[3] M. Dylewski, B. Filipiak, P. Szczypa, *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Aspekty rachunkowe, finansowe i zarządcze*, CeDeWu, Warszawa 2007, s. 11.

[4] T. Lubińska, *Reorientacja z wydatkowania na zarządzanie pieniędzmi publicznymi*, Difin, Warszawa 2007, s.78.

[5] *Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu*, red. R. Krupski, PWE, Warszawa 2005, s. 59.

[6] Ibidem, s. 59-60.

[7] K. Van der Heijden, *Planowanie scenariuszowe w zarządzaniu strategicznym*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000, s. 114-122.

spełni”[8]. Zawiera się to również w stwierdzeniu, że najlepsze rozeznanie aktualnej sytuacji daje kadrze medycznej podstawę do tego, aby działać w optymalny sposób, monitorując otoczenie, jednocześnie wprowadzając działania naprawczo-zapobiegawcze w przypadku wystąpienia zmian w sytuacji zdrowotnej pacjenta. Wymaga to myślenia o przyszłości w sposób elastyczny oraz permanentnego organizacyjnego uczenia się.

Analiza scenariuszy – *scenario analysis* – polega na określeniu pozytywnych oraz negatywnych odchyleń od wariantu wyjściowego – zdiagnozowanego pacjenta (scenariusza procesu świadczenia usługi szpitalnej) – zawartych m.in. w scenariuszu:

– optymistycznym (*Optymistic*), w którym przyjmowane są najbardziej optymistyczne wartości zmiennych (np. uznane techniki zabiegowe),

– bazowym (*Basic*), w którym przyjmuje się do analizy realne wartości zmiennych (np. terapie lekowe oparte na wytycznych, protokołach, standardach – dobra praktyka medyczna oparta na EBM) oraz

– pesymistycznym (*Pesymistic*), który jest sporządzany dla najbardziej pesymistycznych wartości zmiennych, np. eksperymentalnych terapii farmakologicznych.

Analiza zawiera również ocenę (ekonomiczną i zdrowotną) rentowności scenariuszy świadczonych usług szpitalnych, przy czym najczęściej określa się wartość zaktualizowaną netto *NPV*:

$$\begin{aligned} NPV_{opt} - p_{opt} &= 0{,}1, \\ NPV_{baz} - p_{baz} &= 0{,}7, \\ NPV_{pes} - p_{pes} &= 0{,}2. \end{aligned} \tag{1}$$

Następnie wyznacza się wartość oczekiwaną *NPV* – *E*(*NPV*) – *Expected Net Present Value*:

$$E(NPV) = p_{opt} \times NPV_{opt} + p_{baz} \times NPV_{baz} + p_{pes} \times NPV_{pes} \tag{2}$$

oraz odchylenie standardowe:

$$\sigma_{NPV} = \sqrt{\sigma^2_{NPV}}\ , \tag{3}$$

gdzie:

$$\begin{aligned} \sigma^2_{NPV} = p_{baz} \times (NPV_{baz} - E(NPV))^2 + p_{opt} \times (NPV_{opt} - E(NPV))^2 + \\ + p_{pes} \times (NPV_{pes} - E(NPV))^2 \end{aligned} \tag{4}$$

[8] *Zarządzanie przedsiębiorstwem*..., s. 59.

i współczynnik zmienności – *CV*:

$$CV_{NPV} = \frac{\sigma_{NPV}}{E(NPV)}. \tag{5}$$

Zaletą metody analizy scenariuszy procesów świadczenia usług szpitalnych jest możliwość ujęcia więcej niż jednej zmiennej (np. uznanej terapii lekiem i zabiegu chirurgicznego) oraz dostarczenie większej ilości informacji niż tylko w przypadku analizy wariantu bazowego. W rzeczywistości prawdopodobieństwo wystąpienia scenariusza, w którym wielkości wszystkich zmiennych osiągną wartość największą lub najmniejszą, jest minimalne, stąd też wartość NPV_{opt} jest zazwyczaj zbyt optymistyczna, zaś NPV_{pes} – zbyt pesymistyczna, ale, jak się wyraził J. M. Keynes: „Lepiej znać prawdę niedokładnie niż dokładnie się mylić".

3. Istota ryzyka związanego ze świadczeniem usług szpitalnych

W warunkach turbulencji otoczenia współczesne szpitale narażone są na niebezpieczeństwa wynikające z decyzji podejmowanych zarówno przez kadrę zarządzającą, np. na utratę płynności, jak i kadrę medyczną, np. na procesy odszkodowawcze. Tendencje te są szczególnie zauważalne w szpitalach publicznych (nieustanny proces zadłużania się). Kompleksowy proces budżetowania zadaniowego stanowi integralną część zarządzania ryzykiem w szpitalu publicznym. Skuteczność ta uzależniona jest od znalezienia właściwych relacji między podstawowym celem, jakim jest maksymalizacja satysfakcji zdrowotnej pacjenta, a zachowaniem akceptowalnego poziomu ryzyka oraz kosztów w procesie świadczenia usług szpitalnych.

W niniejszych założeniach przyjęto, że osiągnięcie przewagi komparatywnej powiązane jest z podejmowaniem decyzji, których wynikiem są działania w większym stopniu narażone na ryzyko od tradycyjnych (rutynowych) posunięć kadry medycznej, zwiększających satysfakcję zdrowotną pacjentów (oraz klientów wewnętrznych).

Konstruując budżet zadaniowy szpitala publicznego (oddziału), kadra zarządzająca oraz medyczna nie jest w stanie przewidzieć wszystkich konsekwencji rozważanych działań. Dlatego rozpatrywana jest nie tylko wielkość oraz wartość docelowego poziomu budżetowych zmiennych, ale także prawdopodobieństwo jego uzyskania. Wymaga to m.in. koncentracji na skutecznym identyfikowaniu

istotnych czynników oraz ograniczania negatywnego wpływu ryzyka[9] na kompleksowy budżet szpitala. Właściwa analiza oraz interpretacja występujących odchyleń jest istotnym narzędziem służącym skwantyfikowaniu ryzyka kadry zarządzającej oraz kadry medycznej w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Analizując istotne ryzyko, przez które w opracowywaniu subbudżetów oddziałowych „rozumie się sytuację, w której znane są prawdopodobieństwa wystąpienia określonych zdarzeń, a więc znana jest wartość oczekiwana i wariancja zmiennej losowej"[10], można wyróżnić następujące scenariusze:

– w których istnieje prawdopodobieństwo uzyskania wyniku innego niż oczekiwany,

– przy których realizacji może wystąpić odchylenie od wyników przeciętnych,

– przy których ryzyko wiązałoby się z możliwością wystąpienia straty,

– których tworzenie następuje ze świadomością prawdopodobieństwa poniesienia straty.

Uwzględnienie ryzyka w budżetowaniu zadaniowym szpitala publicznego oparte jest na analizie i interpretacji występujących w przyszłości zdarzeń oraz wnioskowaniu na ich podstawie o możliwości powtórzenia się podobnych zdarzeń w przyszłości (szpitalne repozytoria danych – podstawą systemów wspomagania decyzji).

4. Zasady tworzenia ośrodków odpowiedzialności w szpitalach publicznych

Na użytek niniejszej pracy przyjęto, że szpitale w ramach sieci szpitali publicznych powinny posiadać jednakowe standardy rachunkowości oparte na Międzynarodowych Standardach Rachunkowości (MSR) oraz Międzynarodowych Standardach Sprawozdawczości Finansowej (MSSF). Są one źródłem danych wykorzystywanych w procesie budżetowania, a na ich podstawie można implementować nowoczesne metody rachunkowości zarządczej oraz konstruować efektywny, kompleksowy budżet szpitala publicznego.

Współczesne szpitale publiczne są dużymi, złożonymi strukturami. Każdy oddział szpitalny wpływa w istotny sposób na wyniki finansowe szpitala

[9] B. Bober, *Zastosowanie sieci neuronowych w modelowaniu ryzyka szpitalnego*, red. E. Skrzypek, Wyd. UMCS, Lublin 2007, s. 97-104.

[10] Z. Zawadzka, *Zarządzanie ryzykiem w banku komercyjnym*, Poltext, Warszawa 2000, s. 34.

publicznego (oddziały powinny ponosić za nie odpowiedzialność). Efektywnym sposobem jest decentralizacja zarządzania i przekazanie części uprawnień na niższe szczeble zarządzania poprzez wydzielenie samodzielnych jednostek wewnętrznych (oddziałów szpitalnych), tzw. ośrodków (centrów) odpowiedzialności[11], będących podstawą *controllingu* operacyjnego.

Kompleksowe budżetowanie w szpitalu publicznym powinno być również oparte na działaniach ABB – *Activity Based Budgeting*, wykorzystujących zasadę rachunków kosztów działań ABC – *Activity Based Costing*[12], która jest odwróceniem kolejności poszczególnych etapów, obejmujących m.in.:

– oszacowanie przewidywanej w następnym okresie (np. miesięcznym) liczby świadczonych usług szpitalnych,
– prognozowanie zapotrzebowania na działania organizacyjno-funkcjonalne,
– zapotrzebowanie na zasoby potrzebne w procesie świadczenia usług szpitalnych,
– ustalanie realnego zaopatrzenia w zasoby oddziału szpitalnego.

Jest to koncepcja, która zakłada nową strukturę oraz zasady kalkulacji kosztów pośrednich, tak by określić w sposób dokładny wielkość kosztów związanych z danym problemem zdrowotnym[13], świadczoną usługą szpitalną. Analiza zużycia zasobów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym umożliwia poznanie ich struktury oraz sposobów wykorzystania przy danym poziomie technologii medycznych (poszukiwanie alternatywnych sposobów alokacji środków).

Ocena realizacji skwantyfikowanych procesów w poszczególnych oddziałach szpitalnych (ośrodkach odpowiedzialności) odbywa się za pomocą np. *Tableau de Bord* – tablic pokładowych opartych na systemach IPSS – *Integrated Performance Supporting Systems*, mających na celu zaspokajanie potrzeb kadry medycznej oraz zarządzającej w zakresie wiedzy i informacji o subprocesach diagnostyczno-terapeutycznych.

Celem tablic pokładowych jest przekazanie istotnych informacji o realizacji danego subbudżetu personelowi oddziału szpitalnego, związanego z ich obowiązkami, systemem wynagradzania, oraz określanie przyczyn powstania rozbieżności. Wynikiem implementacji *Tableau de Bord* jest zestawienie zawierające m.in. stopień realizacji wyników finansowych szpitala w podziale na oddziały szpitalne (centra zysków i strat), fluktuacji zatrudnienia, np. kadry medycznej, analizy odchyleń realizowanego budżetu, oraz szczegółowy opis istotnych rozbieżności.

---

[11] H. Buk, *Nowoczesne zarządzanie finansami*, C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 54.

[12] B. Bober, *Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie" 2012, nr 4, s. 71-88.

[13] W. Garbusewicz, A. Kamela-Sowińska, H. Poetschke, *Rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 2000, s. 184.

5. Budżetowanie zadaniowe jako narzędzie wspomagające realizację strategii

Kompleksowe budżetowanie w szpitalu publicznym podporządkowany jest realizacji strategii, ma więc charakter komplementarny w relacji do zarządzania strategicznego, jest instrumentem konkretyzacji strategii, umożliwiającym efektywne wdrożenie oraz dostosowanie do specyfiki procesów świadczonych usług szpitalnych.

Sformułowanie adekwatnej strategii w stosunku do turbulentnego otoczenia zewnętrznego oraz wewnętrznego szpitali publicznych nie jest zadaniem łatwym. Powinna ona określać istotne obszary przewagi konkurencyjnej, np. w zakresie diagnostyki obrazowej czy leczenia oparzeń. Determinantą przewagi konkurencyjnej jest m.in. marka szpitala – oddziału szpitalnego, jakość obsługi, kompleksowość świadczonych usług, profesjonalizm kadry medycznej.

Konkludując, istotnym warunkiem osiągnięcia przewagi konkurencyjnej jest zarówno sformułowanie strategii adekwatnej do warunków rynkowych, jak i efektywny proces jej wdrażania. Kompleksowy proces budżetowania zadaniowego jest w szpitalach publicznych ważnym instrumentem ułatwiającym implementację strategii oraz proces jej komunikacji na wszystkich poziomach struktury organizacyjno-funkcjonalnej podmiotu.

Zasady budżetowania mogą zostać również wykorzystane w procesie stymulacji parametrów niefinansowych, mających wpływ na kreowanie wizerunku szpitala publicznego – oddziału szpitalnego, takich jak: kapitał intelektualny, proces komunikacji, dostęp do informacji czy bazy pacjentów. Ponadto poprzez całą strukturę procesu diagnostyczno-terapeutycznego stosowanie zasad oddziałuje także na ważny czynnik: zatrudnioną kadrę medyczną, wpływającą również na istotny element zasobów szpitala, czyli jego pacjentów. Kompleksowe zarządzanie szpitalem publicznym to złożony i trudny proces, w którym im bardziej ustabilizowane są warunki działania, tym „mniej sztuki, a więcej rzemiosła”[14] wymaga się zarówno od kadry zarządzającej, jak i medycznej. Stwierdzenie to można odnieść również do systemu kompleksowego budżetowania podmiotu publicznego. Proces ten jest oparty na harmonizacji działań służących wzrostowi satysfakcji zdrowotnej pacjentów oraz redukcji ryzyka decyzyjnego. Natomiast decyzje inwestycyjne, np. w obrębie oddziału szpitalnego, powinny być oparte na analizie koszt – korzyść, za które odpowiada m.in. ordynator.

---

[14] A. Janc, J. Szambelańczyk, *Banki spółdzielcze w Polsce w procesach zmian systemowych*, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2006, s. 62.

Proces dostosowywania szpitali publicznych do turbulencji otoczenia jest relatywnie niski, przekłada się to na ich sytuację finansową[15]. Realia rynkowe kształtują proces decyzyjny w zakresie poszukiwania efektywnych narzędzi wspomagających kompleksowe zarządzanie szpitalem publicznym, umożliwiających realny dostęp do informacji ekonomiczno-finansowych.

Istotnymi determinantami nowej rzeczywistości (opartej na niektórych prawach rynkowych) w szpitalach publicznych (służbie zdrowia) stają się m.in. możliwości:

– dostosowywania szpitala (oddziałów szpitalnych) do zmian na rynku usług szpitalnych, prawnych,
– opracowania i permanentnego doskonalenia standardów obsługi pacjenta,
– komercjalizacji wybranego wolumenu usług szpitalnych.

Implementacja narzędzi zarządczych umożliwiających spojrzenie kadry zarządzającej oraz medycznej szpitala publicznego przez pryzmat kosztów, obejmujące powyższe zagadnienia, to budżetowanie – proces efektywnych relacji między przychodami i kosztami.

Powiązanie systemu kompleksowego budżetowania z rachunkiem kosztów procedur medycznych poprawia ewidencję kosztów oraz pozwala na monitoring i ustalenie rzeczywistych kosztów świadczonych procedur medycznych. Istotne korzyści z implementacji kompleksowego systemu budżetowania szpitala publicznego to m.in.:

– zapewnienie optymalnego poziomu wykorzystania potencjału szpitala publicznego,
– stosowanie bodźców finansowych w celu wywołania pozytywnych postaw kadry medycznej,
– dostarczanie *Tableau de Bord* – tablic pokładowych po finansach szpitala (oddziałów szpitalnych), skierowanych zarówno do kadry zarządzającej, jak i kadry medycznej,
– utrzymanie efektywnych relacji finansowych oraz kompleksowej płynności finansowej zarówno podmiotu, jak i poszczególnych oddziałów szpitalnych,
– doskonalenie standardów, procedur, zaleceń w procesie świadczenia usług szpitalnych,
– efektywna kontrola (centra odpowiedzialności) procesów gromadzenia oraz wykorzystywania środków finansowych pod względem celowości i efektywności gospodarowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

---

[15] B. Bober, *Efektywność procesu zarządzania ryzykiem decyzyjnym w przedsiębiorstwie medycznym*, red. E. Skrzypek, Wyd. UMCS, Lublin 2012.

6. Podsumowanie

Istotny wzrost zmian w turbulencyjnym otoczeniu szpitali publicznych, globalizacja, przyspieszenie rozwoju techniki, technologii medycznych oraz wzrostu projakościowych wymagań prosumentów, konieczność ochrony środowiska to determinanty zmian organizacyjno-funkcjonalnych szpitali publicznych.

Wdrażany budżetowy system finansowania szpitali publicznych pozwala określić, na podstawie wielokryterialnej analizy, prozdrowotne potrzeby lokalnej społeczności, konieczne nakłady, wymagany poziom zatrudnienia kadry medycznej oraz inwestycji prorozwojowych. Przypisanie działań, zadań, procesów do wyróżnionych struktur organizacyjno-funkcjonalnych – oddziałów szpitalnych (ośrodków odpowiedzialności) jest odpowiedzią na potrzebę decentralizacji zarządzania. Przeniesienie odpowiedzialności (możliwości wprowadzenia elementów gry rynkowej) przekłada się na korzyści z usług realizowanych przez te centra oraz na kompleksowość procesu świadczenia usług szpitalnych.

Wprowadzenie budżetu zadaniowego w szpitalach publicznych stanowi sposób na poszerzenie ilościowego wolumenu usług, przy jednoczesnym zapewnieniu ich wysokiej jakości. Natomiast użycie nośników kosztów w procesach rozliczania subprocesów przez poszczególne oddziały szpitalne na rzecz pozostałych działów oraz stworzonych na potrzeby realizacji eksperymentalnych projektów świadczenia usług szpitalnych specjalnej struktury organizacyjnej – interdyscyplinarnych zespołów medycznych – zwiększa skuteczność i efektywność wykorzystania posiadanych zasobów szpitala publicznego oraz poszczególnych działów diagnostycznych.

Kultura organizacyjno-funkcjonalna szpitala publicznego (oddziału) jest swoistym *social glue*, determinującym jakość oraz efektywność wykorzystania dostępnych zasobów w celu zapewnienia satysfakcji zdrowotnej pacjentów oraz redukcji ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Z przeprowadzonej kwerendy literatury przedmiotu wynika, że dyfuzja nowoczesnych koncepcji oraz kompleksowych metod zarządzania szpitalem publicznym wpływa w istotny sposób na wzrost jakości opracowywanych subbudżetów oddziałowych, pozwalających na wypracowanie proinnowacyjnych strategii procesu świadczenia usług szpitalnych oraz redukcję ryzyka decyzyjnego. Kluczowe jest też zapewnienie narzędzi, które pozwalają monitorować na bieżąco wyniki procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kosztów procesu świadczenia usług szpitalnych. Implementacja sformalizowanych narzędzi budżetowania, *controlingu* oraz systemów informacji zarządczej *Management Information Systems* (MIS) wpływa również w istotny sposób na wzrost jakości oraz efektywności procesu wymiany informacji.

Literatura

Bober B., *Efektywność procesu zarządzania ryzykiem decyzyjnym w przedsiębiorstwie medycznym*, red. E. Skrzypek, Wyd. UMCS, Lublin 2012.
Bober B., *Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie" 2012, nr 4.
Bober B., *Zastosowanie sieci neuronowych w modelowaniu ryzyka szpitalnego*, red. E. Skrzypek, Wyd. UMCS, Lublin 2007.
Buk H., *Nowoczesne zarządzanie finansami*, C.H. Beck,Warszawa 2007.
Dylewski M., Filipiak B., Szczypa P., *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Aspekty rachunkowe, finansowe i zarządcze*, CeDeWu, Warszawa 2007.
Garbusewicz W., Kamela-Sowińska A., Poetschke H., *Rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 2000.
Janc A., Szambelańczyk J., *Banki spółdzielcze w Polsce w procesach zmian systemowych*, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2006.
Kotapski R., *Budżetowanie w przedsiębiorstwie. Kompendium wiedzy*, Wyd. Marina, Wrocław 2006.
Lubińska T., *Reorientacja z wydatkowania na zarządzanie pieniędzmi publicznymi*, Difin, Warszawa 2007.
Ustawa z dnia 25 września 2009 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 178, poz. 1374.
Van der Heijden K., *Planowanie scenariuszowe w zarządzaniu strategicznym*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.
Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu, red. R. Krupski, PWE, Warszawa 2005.
Zawadzka Z., *Zarządzanie ryzykiem w banku komercyjnym*, Poltext, Warszawa 2000.

A Performance Budget as a Tool for the Comprehensive Management of Public Hospitals

Abstract. *The reform of public finances in Poland determines the search for effective methods of financing. One of them is a performance budget, through which there is a chance to increase the efficiency and transparency in planning and incurring health care expenditures in public hospitals.*

The proposed development is an attempt to present the ideas and the main objectives of performance budgeting, and to discuss the assumptions and relevant characteristics, with particular emphasis on expenditure in public hospitals. By creating departmental sub-budgets, more structure is given to the internal relations, leading to a more efficient use of resources, as well as, eliminating organizational inefficiencies in the functioning of public hospitals. While there is also a need to reduce costs and increase revenue, this needs to be coupled with the need to satisfy the requirements of quality enhancement for prosumers to a satisfactory level, which is the main catalyst for change in a public hospital.

Keywords: *public finance, performance budget, public hospital, hospital services*