

ROLA INFORMACJI ZARZĄDCZEJ W EFEKTYWNYM ZARZĄDZANIU SZPITALAMI

Piotr Niewiadomski

Dolnośląskie Centrum Onkologii

e-mail: niewiadomski.p@dco.com.pl.

DOI: 10.15611/noz.2017.3.02

Streszczenie: Szpitale jak każde inne organizacje funkcjonują w otoczeniu ekonomii i ich działalność nie może się odbywać w oderwaniu od jej praw. Koncentrowanie się tylko na działalności medycznej powoduje pogłębianie się problemów finansowych. Przed zarządzającymi szpitalami stawiane są nowe cele związane z optymalizacją kosztową ich działalności. Odchodzi się już od tradycyjnego spojrzenia na finanse przez pryzmat wyniku finansowego, zwracając się w kierunku bardziej rozbudowanych rachunków kosztów. Artykuł ma na celu syntetyczne przedstawienie aktualnego podejścia do informacji zarządczej oraz rosnących oczekiwań informacyjnych zarządzających szpitalami. Porusza kwestię możliwości stworzenia systemu informacji zarządczej dla szpitala, jak również stawia pytanie o możliwość stworzenia ujednoczonego systemu w ramach służby zdrowia i potencjalnych korzyści z tego płynących zarówno dla pojedynczych jednostek, jak i dla całego systemu.

Słowa kluczowe: rachunek kosztów, informacja zarządcza, szpital, optymalizacja kosztów.

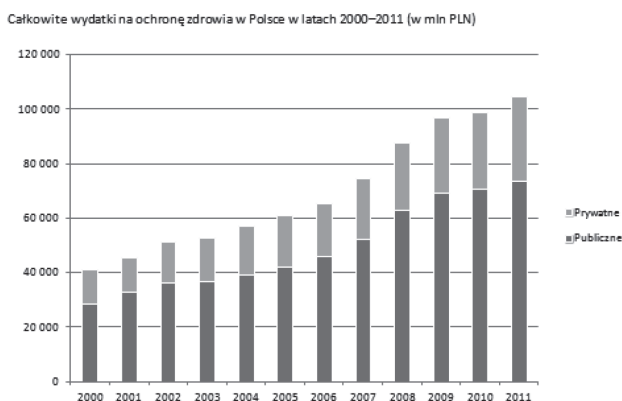
1. Wstęp

Jeszcze do niedawna, mówiąc o szpitalu, mieliśmy na myśli miejsce, które przede wszystkim ma pomagać potrzebującym ludziom. W końcu szpitale nie są powołane do tego, aby osiągać efekty ekonomiczne, a przede wszystkim do tego, by służyć ludziom. Jednak szpital jak każdą inną organizację dotykają powszechne zasady ekonomii, dotyczące bilansowania się przychodów i kosztów działalności. Pomijanie aspektu ekonomicznego w działalności szpitali ma negatywne skutki dla ich funkcjonowania, co ma przełożenie nie tylko na warunki pracy personelu, ale przede wszystkim na jakość i efektywność leczenia. Stawia to przed zarządzającymi szpitalami nowe wymagania dotyczące racjonalizacji działania podległych im jednostek oraz optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów. Aby realizować te cele, potrzebują precyzyjnej i pewnej informacji dotyczącej sytuacji podległej jednostki. Dotychczasowe podejście do gromadzenia i przetwarzania danych nie jest wystarczające dla sprośnięcia wyzwaniom stawianym współczesnym szpitalom. Poniższy artykuł prezentuje na gruncie teoretycznym powszechnie stosowane w szpitalach podejście do informacji zarządczej oraz kierunki, w których

systemy informacji zarządczej powinny się rozwijać, aby z jednej strony lepiej spełniać oczekiwania kadry zarządzającej w zakresie już zdefiniowanych problemów, a z drugiej – ukazywać obszary, które powinny stać się obiektem zainteresowania.

2. Szpital jako organizacja biznesowa

W pierwszym skojarzeniu słowa „szpital” i „organizacja biznesowa” pozostają ze sobą w sprzeczności. Wciąż nie jest społecznie akceptowane stawianie wyniku ekonomicznego na równi ze zdrowiem pacjentów. Pogląd ten nie jest popularny tylko wśród oczekujących w długich szpitalnych kolejkach, ale ma także swoje odzwierciedlenie w danych ekonomicznych. Z roku na rok rosną nakłady na ochronę zdrowia, te w sektorze zarówno publicznym, jak i prywatnym. Jednocześnie wciąż istnieje problem zadłużenia i niezbilansowania podmiotów publicznych. Różnica polega jednak na tym, że menedżerowie zarządzający jednostkami na rynku prywatnym już dawno zrozumieli, że optymalizacja zarządzania podmiotami i osiąganie efektów ekonomicznych nie tylko nie powoduje szkody dla pacjentów, ale przekłada się na poprawę jakości leczenia.



Rys. 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce

Źródło: <http://www.synektik.com.pl/pl/centrum-inwestora/kim-jestesmy/rynek-ochrony-zdrowia/>.

Racjonalność takiego podejścia potwierdzają wyniki „Barometru zdrowia” z roku 2009, prezentujące zmiany w podejściu do zagadnienia służby zdrowia w krajach europejskich. Wyniki pokazują, że na system służby zdrowia można, a nawet powinno się patrzeć jak na przedsiębiorstwo, którego celem jest świadczenie możliwie wysokiej jakości usług medycznych przy wykorzystaniu dostępnych zasobów (efektywność środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną powinna być maksymalizowana). Należy przy tym pamiętać, że celem nadrzędnym nie powinien być wynik finansowy, a zdrowie pacjenta [Dygas 2009, s. 33-35].

Rozpatrując szpitale jako organizacje biznesowe, należy mieć na uwadze specyficzną sytuację, w której klientem, dla którego realizowana jest usługa medyczna, jest kto inny niż płatnik za to świadczenie. W Polsce usługi medyczne dostępne w powszechnym systemie opieki zdrowotnej finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). To NFZ, podpisując ze szpitalami umowy, określa zakres świadczonych usług, ich cenę oraz liczbę. Z drugiej strony, mamy pacjentów szpitali, którzy płacąc obowiązkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne, oczekują natychmiastowej usługi o wysokiej jakości. W takiej sytuacji zarządzający szpitalami są zmuszeni do poszukiwania sposobów maksymalizowania zysku w celu sfinansowania rozwoju podległego szpitala i jego pracowników, inwestycji w nowoczesny sprzęt i warunki bytowe w szpitalu [Węgrzyn 2013, s. 432-434].

Mając na uwadze stosunkowo małe możliwości sterowania strumieniem przychodów, menedżerowie zarządzający szpitalami muszą szczególną wagę przyłożyć do aktywnego i ciągłego zarządzania kosztami świadczeń medycznych. Sytuacja ta dotyczy nie tylko Polski. Obserwuje się ogólnoeuropejski trend zmian w systemach opieki zdrowotnej mający ograniczyć

dynamikę wzrostu kosztów świadczeń medycznych. Jest to wyzwanie również w kontekście starzejących się społeczeństw europejskich, a zatem prognozowanych wzrostów zapotrzebowania na usługi medyczne [Wieczorkowska 2009, s. 26-30].

„Istotą zarządzania kosztami jest podejmowanie działań, które mają doprowadzić do redukcji ponoszonych kosztów głównie przez doskonalenie procesu gospodarczego, a zwłaszcza zwiększanie skuteczności działania i efektywności wykorzystania zasobów” [Nowak 2006, s. 15]. Jest to wyzwanie szczególnie trudne przy rosnącej wciąż presji płacowej zarówno lekarzy, pielęgniarek, jak i pracowników administracyjnych szpitali, którzy stanowią główny koszt funkcjonowania szpitala. Przy rosnącym koszcie dysponowania zasobami, takimi jak personel czy nowoczesny sprzęt, możliwości poprawy efektywności ekonomicznej należy upatrywać w optymalizacji wykorzystania tych zasobów, tzn. doprowadzeniu ich do poziomu adekwatnego do zakresu realizowanych przez szpital zadań. Koszty powinny być ograniczone do racjonalnego minimum.

Bardzo często, zwłaszcza w momencie pogorszenia się sytuacji finansowej szpitala, wprowadzane są rozwiązania mające na celu agresywne zminimalizowanie kosztów funkcjonowania, np. przez ograniczenie zatrudnienia. W takiej sytuacji bardzo łatwo jest popełnić błąd, gdyż redukcja kosztów bez dogłębnego zrozumienia ich charakteru zamiast pozytywnych efektów może przynieść paraliż funkcjonowania jednostki.

Racjonalizacja kosztów funkcjonowania szpitala to nie tylko zadanie stawiane dyrektorowi jednostki. Powinno być one przenoszone na niższe poziomy zarządzania. Kierownicy tych jednostek powinni nie tylko skupiać się na prawidłowym wykonywaniu procedur medycznych, ale również na aspekcie ekonomicznym realizowanych zadań. Wymaga to jednak dostarczenia im informacji zarządczej adekwatnej do ich zakresu odpowiedzialności i wiedzy ekonomicznej. Nie można oczekiwać trafnych decyzji ekonomicznych od kierowników niewyposażonych w niezbędną wiedzę i informację. Standardowe raporty generowane przez służby księgowo są niewystarczające dla potrzeb realizacji optymalizacji kosztów. Poziom konsolidacji i uogólnienia raportów księgowych uniemożliwia ich zastosowanie w podejmowaniu decyzji na niższych szczeblach zarządzania. Dlatego dla sprawnego zarządzania szpitalem na wszystkich jego szczeblach konieczne jest wprowadzenie zmian w ewidencji i sposobie prezentowania danych ekonomicznych w celu dostosowania ich do nowych wyzwań stojących przed szpitalami [Kiziukiewicz 2002, s. 36].

3. Sztywny podział na „białych” i „szarych”

W procesie gromadzenia, ewidencji, przetwarzania i wykorzystywania informacji związanych z usługami medycznymi realizowanymi przez szpital widoczny jest wyraźny podział na część białą (związaną z medycznym aspektem funkcjonowania szpitala) oraz część szarą (związaną z finansowo-księgowym aspektem funkcjonowania szpitala). Wyraźne wyodrębnienie tych dwóch obszarów ogranicza możliwość wykorzystania efektu synergii informacji powstających w tych obszarach.

3.1. Informacja medyczna o pacjentach (część biała)

Część systemu dotycząca informacji medycznej o pacjentach (tzw. część biała) gromadzi informacje medyczne związane ze stanem zdrowia pacjenta oraz szczegółowym przebiegiem procesu leczenia w placówce aż do zakończenia procesu leczenia. Jest to bogate źródło informacji dla prowadzenia analiz ekonomicznych, a przede wszystkim medycznych. Część biała systemu informatycznego zawiera przede wszystkim informacje dotyczące:

- aktualnego stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania dotyczącego choroby oraz ewentualnego wcześniejszego przebiegu procesu leczenia,
- danych statystycznych, takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód,
- długości pobytu pacjenta w szpitalu z podziałem na poszczególne oddziały (tzw. osobodni),
- zrealizowanych procedur medycznych w trakcie pobytu w szpitalu; w szczególności system gromadzi dane dotyczące zakresu przeprowadzonych procedur medycznych oraz procedur diagnostycznych, a także konsultacji lekarzy specjalistów,
- o produktach leczniczych oraz wyrobach medycznych i sprzęcie jednorazowym zużytych dla danego pacjenta.

Informacje zawarte w tym systemie są wykorzystywane głównie dla potrzeb prowadzenia leczenia, w węższym (statystycznym) zakresie – dla potrzeb prowadzonych analiz. Jednak odpowiednie sparowanie tych danych oraz logiczne ich połączenie z danymi zawartymi w systemie finansowo-księgowym może umożliwić poszerzenie dostępnych dotąd informacji i przyczynić się do lepszego zarządzania szpitalem. Tej problematyce poświęcony został punkt 5 artykułu.

3.2. Informacja finansowo-księgową (część szara)

Efektywne zarządzanie szpitalem wymaga szczegółowej informacji o jego przychodach i kosztach. Dostarczeniu tej informacji służy rachunek kosztów, który można zdefiniować jako proces identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania i interpretowania informacji o kosztach i przychodach w celu dokonywania oceny sytuacji i podejmowania decyzji [Świdarska 2013, s. 9-10]. Szczegółowość i zakres takiego procesu zależy od zdefiniowanych przez odbiorców informacji potrzeb. Należy przy tym pamiętać, że jego poszerzenie jest możliwe w każdym momencie, jednak dostęp do danych historycznych wymaga ponownego zaksięgowania dokumentów historycznych. Dlatego istotne jest, aby przy konstrukcji rachunku kosztów przewidzieć zarówno aktualne, jak i przyszłe potrzeby informacyjne.

Do głównych grup odbiorców informacji zaliczyć można:

- organy założycielskie szpitali, urzędy skarbowe oraz pozostałe instytucje, które wykorzystują informacje zawarte w sprawozdaniach finansowych (np. banki, ubezpieczyciele),
- NFZ,
- instytucje zainteresowane zagregowaną lub szczegółową informacją kosztową (m.in. Agencję Oceny Technologii Medycznych, Ministerstwo Zdrowia),
- zarządzających szpitalem.

W praktyce najczęściej stosowane są dwa rodzaje rachunku kosztów: systematyczny rachunek kosztów umożliwiający dokumentowanie kosztów, ich ewidencję, analizę oraz sporządzanie sprawozdań finansowych oraz problemowy rachunek kosztów, ukierunkowany na pomoc w podejmowaniu decyzji związanych z optymalizacją wykorzystania zasobów, analizę rentowności świadczonych usług itp. [Sobańska 2003, s. 80].

Pierwszy z nich służy głównie do przygotowywania okresowych raportów finansowych, a możliwości jego wykorzystania w bieżącym zarządzaniu są znikome.

Zdecydowanie bardziej pomocne przy podejmowaniu decyzji zarządczych związanych z funkcjonowaniem są znane już od lat zarządcze rachunki kosztów pozwalające na uzyskiwanie szerszych wielowymiarowych i wieloaspektowych analiz.

Nadal najczęściej wykorzystywanym rachunkiem kosztów jest rachunek bazujący na podziale kosztów na koszty zmienne (reagujące na zmianę liczby oraz struktury realizowanych usług) oraz koszty stałe (niezależne od liczby oraz rodzaju usług, ale od potencjału danego szpitala) [Hass-Symoniuk 2008, s. 428]. Potencjał ten wynika z liczby posiadanych miejsc na

oddziałach, liczby zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek, sprzętu medycznego itp. Charakterystyka prowadzonej przez szpitale działalności powoduje, że istotną część kosztów to koszty o charakterze stałym. Przy takim podejściu do analizy kosztów istotne jest monitorowanie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, ponieważ od niej właśnie zależą koszty jednostkowe realizowanych usług. Problem istotności zarządzania nieefektywnościami poruszony został w punkcie 4 artykułu.

Coraz częściej wykorzystywanym w szpitalach rachunkiem kosztów jest rachunek kosztów działań, w literaturze znany też jako rachunek ABC. Bazuje on na podziale kosztów na koszty bezpośrednie (wprost dające się przypisać do danej procedury medycznej, np. leki, sprzęt jednorazowy) oraz koszty pośrednie, związane z funkcjonowaniem danej jednostki organizacyjnej, przy czym zakłada się, że koszty pośrednie powstają w efekcie realizacji zadań danej jednostki organizacyjnej. Usługi medyczne charakteryzuje wysoki poziom kosztów pośrednich związany z istotną rolą zasobów w procesie realizacji usługi. Metoda ta jednak pozwala alokować do kosztów poszczególnych procedur tylko część kosztów odpowiadających realnemu zużyciu, a więc dostarcza znacznie bardziej wiarygodnej informacji o koszcie rzeczywistym oraz umożliwia lepsze monitorowanie kosztu niewykorzystania posiadanych zasobów. Przybliżyła nas to do poprawy efektywności szpitala.

Kolejną koncepcją rachunku kosztów są tzw. ośrodki odpowiedzialności, czyli wyodrębnione funkcjonalnie i analitycznie fragmenty organizacji. Co prawda literatura wyróżnia 4 podstawowe centra odpowiedzialności: przychodowe, kosztowe, wynikowe i inwestycyjne [Sierpińska, Niedbała 2005, s. 131], ale dla potrzeb realizacji usług medycznych możemy wykorzystać centra wynikowe (mające kontrakt z NFZ, a więc generujące przychody i koszty) oraz centra kosztowe (pozostałe jednostki medyczne i niemedyce oraz administracja). W przypadku prowadzenia inwestycji rozwojowych wykorzystywane są jeszcze centra inwestycyjne. Takie podejście umożliwia rozróżnienie celów stawianych poszczególnym komórkom w zależności od ich roli w organizacji. Najczęściej popełnianym błędem przy stosowaniu tej metody jest rozliczanie całości kosztów centrów kosztowych na centra wynikowe. Doprowadza to do sytuacji, w której zniekształcona jest prawidłowa informacja o efektywności poszczególnych komórek. Aby uniknąć takiej sytuacji, centra kosztowe powinny rozliczać się z centrami wynikowymi na zasadzie cen transferowych ustalonych na poziomie kosztu wytworzenia usługi lub cen rynkowych. Podejście takie pozwala wyeliminować ryzyko zacierania informacji

o nieefektywnościach w poszczególnych komórkach [Świdarska 2013, s. 157].

Niezależnie od tego, który z modeli rachunku kosztów jest wykorzystywany w szpitalu, powinno dążyć się do tego, aby pochodzące z niego dane były jak najbardziej rzetelne i wiarygodne. Na bazie tych informacji podejmowane są później decyzje mające wpływ na dalsze funkcjonowanie szpitali. Nawet dokonane w najlepszej wierze i przy zachowaniu najwyższej staranności decyzje podejmowane na bazie nieprawdziwych danych będą miały niekorzystny wpływ na sytuację szpitala.

Tylko ciągle rozwijanie i weryfikowanie informacji danych pozwoli na stworzenie w szpitalu systemu informacji zarządczej, który będzie źródłem informacji dla menedżerów na różnych szczeblach zarządzania oraz pozwoli lepiej zrozumieć procesy zachodzące w organizacji. Umożliwi to identyfikowanie i korygowanie nieprawidłowości, a więc zapobiegać będzie powielaniu błędów. Informacje pochodzące z takiego systemu pozwolą też na lepszą wycenę usług realizowanych przez szpitale. Pamiętać należy jednak, że zarządzanie kosztami to proces ciągły, wymagający zaangażowania całej organizacji.

4. Nietostrzeżenie nieefektywności

Gdy rachunek kosztów funkcjonuje w szpitalu już w miarę sprawnie, menedżerowie szpitali rozpoczynają działania mające na celu ograniczenie tych kosztów (celowo nie użyto tu określenia optymalizacja). Osobom odpowiedzialnym za poszczególne komórki organizacyjne (centra wyników i kosztów) zaleca się podjęcie działań mających na celu zminimalizowanie kosztów funkcjonowania ich jednostek. Najczęściej popełnianym na tym etapie błędem jest koncentrowanie uwagi na minimalizacji kosztów związanych z: materiałami medycznymi, lekami, sprzętem jednorazowym, zakresem i liczbą badań diagnostycznych, a ponadto kosztów materiałów biurowych, telefonów itp. Sytuacja ta zazwyczaj nie przynosi spodziewanych efektów, ponieważ w strukturze kosztów większości szpitali w Polsce koszty te stanowią niewielki odsetek kosztów ogółem, nawet zatem istotne osiągnięcia w tym zakresie w skali całego szpitala pozostaną niezauważone, powodując jednocześnie frustrację i rezygnację kierowników jednostek.

Analizując strukturę kosztową szpitali, można zauważyć, że dominującym kosztem funkcjonowania jednostek są wynagrodzenia (w zależności od rodzaju prowadzonej opieki ich udział waha się w zakresie 60%-80% wszystkich kosztów). Wraz z rozwojem technologii medycznej coraz większej istotności w kosztach funkcjonowania szpitali nabierają koszty

amortyzacji i utrzymania aparatury medycznej. Oba rodzaje kosztów są kosztami stałymi, a więc najtrudniejszymi do minimalizowania, ponieważ zapewniają jednostce gotowość do realizacji powierzonych jej funkcji.

„Przez koszty gotowości rozumie się tę część kosztów zasobów zaangażowanych, których niewykorzystanie jest związane z utrzymaniem przez ośrodek gotowości do świadczenia usługi” [Świderska 2013, s. 50]. Bardzo często do ponoszenia wysokich kosztów gotowości szpitale są zobligowane przez obowiązujące przepisy albo umowy podpisane z NFZ. Paradoksalnie zobligowanie to jest również powodem uspienia czujności w zakresie tych kosztów, gdyż zarządzający szpitalami przechodzą nad nimi do porządku dziennego. Dopiero pełna informacja dotycząca rzeczywistego wykorzystania posiadanych zasobów pozwala podejmować działania optymalizacyjne w tym zakresie i powiązać te działania z rzeczywistym wzrostem efektywności organizacji. Należy przy tym pamiętać, że samo zidentyfikowanie nieefektywności w wykorzystaniu zasobów nie spowoduje jeszcze poprawy wyników szpitala.

Bardzo częstym błędem po zidentyfikowaniu nieefektywności jest optymalizacja polegająca na radykalnym cięciu kosztów przez redukcję najmniej efektywnych elementów. Bez zrozumienia całości procesów zachodzących w szpitalu i próby ich zoptymalizowania może to doprowadzić do utrudnienia lub braku możliwości realizacji prowadzonych usług, a co za tym idzie – powstania nieefektywności w innych miejscach organizacji. Aby możliwe było osiągnięcie faktycznych i długoterminowych efektów w tym obszarze, należy:

- optymalizować zapotrzebowanie na zasoby przez analizę i poprawę sposobu realizacji zadań,
- zidentyfikować nieefektywności zasobów ze wskazaniem konkretnych nieefektywnych zasobów,
- w miarę możliwości wykorzystać potencjał tych zasobów (np. współdzielić zasoby z innymi działami/organizacjami),
- dopiero po braku możliwości wykorzystania potencjału zredukować ilość zasobów.

Należy również pamiętać, że samo podejście do kalkulacji i rozliczeń kosztów, najczęściej polegające na rozliczaniu kosztów wszystkich centrów kosztów na centra wynikowe przy wykorzystaniu mniej lub bardziej skomplikowanych procedur i kluczy, nie przyczynia się do optymalizacji kosztów. W takiej sytuacji również koszty nieefektywności rozkierowane są po organizacji, co znacznie utrudnia ich identyfikację i zarządzanie nimi.

5. Szersze spojrzenie

Lepsze zrozumienie kosztów funkcjonowania danej organizacji to początek jej drogi do poprawy efektywności. Jednak dany szpital nie jest tylko organizacją samą w sobie, ale częścią systemu opieki zdrowotnej, sieci różnego rodzaju jednostek medycznych mających zapewnić społeczeństwu pełną, kompleksową i skuteczną opiekę medyczną. Aby cele te mogły być realizowane, należałoby dążyć do ujednoczenia sposobu alokowania i analizowania kosztów poszczególnych jednostek, przynajmniej w ramach zbliżonych zadań czy specjalizacji (np. specjalistyczne szpitale, jak onkologiczne czy kardiologiczne). Jednolita polityka w zakresie informacji zarządczej pozwoliłaby m.in. na:

- rzeczywiste porównywanie pomiędzy sobą jednostek realizujących podobne zakresy opieki medycznej, co umożliwi wypracowanie najlepszych praktyk organizacji i zarządzania szpitalami,
- ustalenie realnych kosztów leczenia poszczególnych schorzeń, poprawienie jakości wyceny świadczeń, a więc lepsze dysponowanie środkami na opiekę medyczną,
- porównywanie kosztów leczenia poszczególnych schorzeń przy wykorzystaniu różnych technik leczenia i leków w celu znalezienia optymalnego schematu leczenia,
- zweryfikowanie i modyfikację mapy świadczeń medycznych w celu zoptymalizowania wykorzystania potencjału poszczególnych jednostek i zlikwidowania dublowania się funkcji.

Połączenie rozbudowanej wiedzy na temat kosztów leczenia z informacjami zawartymi w części białej systemu może pozwolić dodatkowo na:

- monitorowanie efektywności sposobów leczenia poszczególnych schorzeń w zależności od zastosowanych metod leczenia, stanu pacjenta, chorób towarzyszących itp.,
- lepsze prognozowanie przyszłych potrzeb medycznych w celu dostosowania potencjału jednostek, a przede wszystkim zapewnienia budżetu na realizację leczenia,
- lepsze monitorowanie efektów prowadzonych programów profilaktycznych i edukacyjnych.

System opieki zdrowotnej jest pełen różnego rodzaju informacji, które są gromadzone w sposób nieidealny i nieustrukturyzowany. Próba stworzenia jednolitego systemu informacji łącząca te wszystkie źródła jest szansą na lepsze reagowanie zarządzających służbą zdrowia na zmieniającą się sytuację i realizację stawianych przed nimi zadań.

6. Zakończenie

Współczesny świat stawia przed zarządzającymi szpitalami wyzwania związane nie tylko z poprawą jakości świadczonych usług, ale również z mierzeniem się z bezlitosną ekonomią. Usługi medyczne w Polsce, zwłaszcza te realizowane przez ośrodki specjalistyczne, niczym nie ustępują pod względem jakości tym realizowanym w najlepszych ośrodkach na świecie. Efekty te mogłyby być jeszcze lepsze, a przede wszystkim usługi bardziej dostępne, gdyby wraz z rozwojem medycznym rosła też umiejętność osadzenia tej dziedziny w realiach ekonomicznych. W tym celu zarządzający szpitalami muszą sięgać po nowoczesne techniki i technologie, również w celu opanowania kosztów związanych z funkcjonowaniem ich organizacji. Aby uzyskać taki efekt, w skali całego systemu opieki zdrowotnej konieczne jest stworzenie jednolitego i spójnego podejścia do tematu zarządzania finansami służby zdrowia. To wyzwanie, którego nie można już odkładać na przyszłość.

THE ROLE OF MANAGEMENT INFORMATION IN THE EFFICIENT MANAGEMENT OF HOSPITALS

Summary: Hospitals, like any other organizations, operate in a competitive business environment and their activities cannot take place in isolation from its laws. Focusing only on medical activities may bring about such institutions financial problems. Therefore hospitals managers must implement new solutions for cost optimization. The article focuses on the question of the possibility of creating a management information system for hospitals, as well as poses the question about the possibility of creating a unified system within the health service and its potential benefits both for individual units and the whole system.

Keywords: cost accounting, management information, hospital, cost optimization.

Literatura

- Dygas M., 2009, *Barometr zdrowia*, Gazeta Bankowa, nr 41, s. 33-35.
- Hass-Symoniuk M., 2008, *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo ODDK.
- Kiziukiewicz T., 2002, *Rachunkowość zarządcza*, Wydawnictwo Ekspert.
- Nowak E., 2006, *Strategiczne zarządzanie kosztami*, Oficyna Ekonomiczna Kraków.
- Sierpińska M., Niedbała B., 2005, *Controlling finansowy*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sobańska I., 2003, *Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Najnowsze tendencje, procedury i ich zastosowanie w przedsiębiorstwach*, C.H. Beck.
- Świderska G., 2013, *Rachunek kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza SGH.
- Węgrzyn M., 2013, *System opieki zdrowotnej – finansowanie a dostępność do świadczeń. Wybrane zagadnienia*, Zarządzanie i Finanse, Uniwersytet Gdański, vol. 11, nr 2/3, s. 432-434.
- Wieczorkowska A., 2009, *Ekonomia leczenia*, Menedżer Zdrowia nr 10, s. 26-30.