

Radosław Bielicki, Tomasz Ciesielski

Strategiczna karta wyników jako narzędzie poprawy konkurencyjności jednostek medycznych

Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 25, 269-286

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Radosław Bielicki

Tomasz Ciesielski

STRATEGICZNA KARTA WYNIKÓW JAKO NARZĘDZIE POPRAWY KONKURENCYJNOŚCI JEDNOSTEK MEDYCZNYCH

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje zarówno teoretyczną, jak i praktyczną stronę rynku usług medycznych w Polsce. Głównym celem, który autorzy chcieli osiągnąć, było pokazanie konkurencyjności rynku ochrony zdrowia i zaprezentowanie, jakie narzędzia zarządzania mogą być użyte, aby konkurować z sukcesem.

Polski rynek usług medycznych jest wart około 80 mld zł, co czyni go polem intensywnej konkurencji. Jednym z głównych czynników wpływających na rynek jest to, że najważniejszym graczem są publiczne jednostki służby zdrowia, które jednak nigdy do tej pory nie miały tak trudnych konkurentów, jak obecnie.

W artykule użyto analizy SWOT, aby zidentyfikować wady i zalety zarówno organizacji publicznych (*non profit*), jak i prywatnych (*for profit*). Pokazało to, że oba modele mają swoje zalety na rynku i że organizacje *non profit* i *for profit* muszą stosować zaawansowane metody zarządzania, takie jak Strategiczna Karta Wyników, aby przystosować się do ciągle zmieniających się warunków i wypełniać, często sprzeczne, cele swoich interesariuszy.

Słowa kluczowe: rynek usług medycznych, Strategiczna Karta Wyników, konkurencja

Wprowadzenie

Rynek usług medycznych w Polsce jest dziś wart około 80 mld zł rocznie i stanowi pole szczególnej walki konkurencyjnej. Znaczna część podmiotów tego rynku – instytucje publiczne – nie miała dotychczas styczności z tak silną konkurencją.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie rynku usług medycznych w teorii i praktyce na przykładzie Polski, konkurencji na nim panującej i przedstawienie metody zarządzania, która pozwala skutecznie konkurować. Autorzy uważają, że taką metodą jest Strategiczna Karta Wyników. Zastosowanie Strategicznej Karty Wyników jako metody zarządzania może prowadzić zarówno do restrukturyzacji, jak i uzyskania przewag konkurencyjnych, a poprzez to trwałego rozwoju i realizacji celów interesariuszy.

1. Rynek usług medycznych

Chcąc dyskutować o konkurencyjności jednostek świadczących usługi medyczne, należy na wstępie zastanowić się, czy rynek usług medycznych podlega tym samym prawom, jak każdy inny, i czy rzeczywiście panuje na nim konkurencja?

W przypadku Polski decydujący wpływ na rynek usług medycznych wydają się mieć trzy główne czynniki:

- a) wysokość wpływów ze składki zdrowotnej i polityka Narodowego Funduszu Zdrowia (Fundusz);
- b) poziom dochodów (zamożności) społeczeństwa i świadomość znaczenia zdrowia oraz jakości życia;
- c) rosnąca przeciętna długość życia, a w związku z tym ogólny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne.

Poprzez kontrakty na świadczenie usług medycznych Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik, z jednej strony, generuje i jednocześnie limituje znaczną część popytu, a z drugiej – wpływa na stronę podażową, która stara się dopasować swój potencjał do sumy kontraktów zawieranych przez Fundusz.

Według Josepha Stiglitz¹ działanie rynku usług medycznych jest niedoskonałe ze względu na:

- asymetrię informacji,
- ograniczoną konkurencję,
- dużą rolę instytucji nie nastawionych na zysk,
- rolę ubezpieczeń.

¹ Por. J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 370–381.

Asymetria informacji w odniesieniu do rynku medycznego polega na tym, że pacjenci, kupując usługę medyczną, nie są w stanie w pełni ocenić jej jakości, ponieważ kupują wiedzę lekarza. Ponadto usługi medyczne ze względu na swój indywidualny charakter są trudne do porównania. Powyższe czynniki prowadzą do obniżenia konkurencji na rynku usług medycznych, co objawia się m.in. tym, że lekarze oferujący porady po niższych stawkach mogą być postrzegani przez pacjentów jako mniej kompetentni.

Kolejną specyficzną dla rynku medycznego cechą jest dominująca pozycja instytucji nienastawionych na zysk (*non profit*). W przypadku Polski ma to szczególne znaczenie ze względu na ukształtowany przez wiele lat stosunek społeczeństwa do komercyjnego świadczenia usług medycznych. Trzeba jednak w tym miejscu zaznaczyć, że w wielu wypadkach postawa ta ulega zmianie i dostrzega się korzyści płynące z rozwoju komercyjnych jednostek służby zdrowia, które mają pozytywny wpływ na takie aspekty, jak jakość usług medycznych (np. poprzez inwestycje w nowoczesny sprzęt i rozwój innowacyjnych metod leczenia) oraz model opieki nad pacjentem i stosunek do jego potrzeb.

Ostatnim czynnikiem wpływającym na sposób funkcjonowania rynku medycznego jest rola ubezpieczeń. W teorii uważa się, że nadmierne ubezpieczanie się prowadzi do negatywnych zniekształceń na rynku usług medycznych, np.:

- niekontrolowanego wzrostu popytu na usługi medyczne,
- pojawienia się pokusy nadużycia (*moral hazard*),
- negatywnej selekcji.

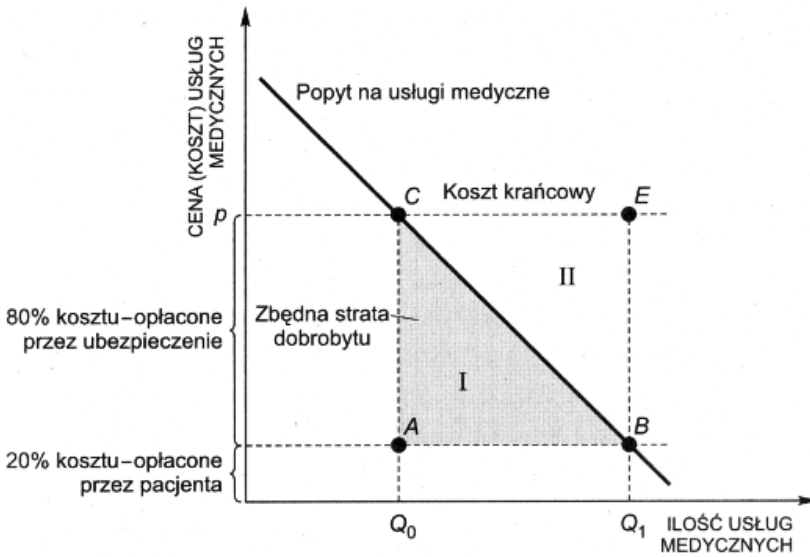
Posiadanie ubezpieczenia obniża koszt nabycia świadczenia medycznego. Zgodnie z teorią popytu niższa cena powoduje wzrost wielkości popytu. Wzrost wielkości popytu na usługi medyczne jest niebezpieczny z tego względu, że często krańcowe korzyści z dodatkowych wydatków na usługi medyczne są niższe od kosztów tych świadczeń. Popyt na usługi medyczne prezentuje rysunek 1.

Pokusa nadużycia prowadzi natomiast do powstania negatywnych bodźców, gdy chodzi o dbałość o zdrowie, a poprzez to minimalizowanie wydatków na usługi medyczne. Osoby posiadające ubezpieczenie, wykazują ograniczoną motywację do dbania o zdrowie, także chętniej i częściej korzystają z usług medycznych.

Negatywna selekcja występuje w przypadku, gdy w danym momencie ubezpieczyciel żąda wyższych składek za ubezpieczenie. W takiej sytuacji osoby, które szacują swoje ryzyko jako niższe od przeciętnego, będą rezygnować z ubezpiecze-

nia. Zachowanie go generuje dwa negatywne czynniki dla pozostałych ubezpieczonych: ogólne prawdopodobieństwo wystąpienia danych schorzeń w danej populacji rośnie i jednocześnie obniżają się wpływy z tytułu składek, które pokrywają ryzyko. Prowadzi to do wzrostu kosztu ubezpieczenia albo ograniczenia świadczeń wynikających z ubezpieczenia.

Rysunek 1. Popyt na usługi medyczne



Źródło: J. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 377.

Do powyższych ułomności rynku usług medycznych odnosi się Stanisława Golinowska². Twierdzi ona, że niedoskonałości rynku mogą być wyeliminowane przez udział państwa w regulowaniu popytu i podaży. Wpływanie na popyt i podaż odbywa się poprzez system ubezpieczeń zdrowotnych, który z jednej strony powinien zapewniać społeczeństwu dostęp do usług medycznych bez względu na poziom zamożności i skomplikowanie oraz kosztowność leczenia schorzeń (popyt), a z drugiej – poprzez odpowiednie finansowanie zapewniać niezbędną podaż usług medycznych.

² Por. S. Golinowska, *Zdrowie to nie tylko zdrowie*, „Gazeta Wyborcza” 2011, nr 89, 18.04.2011.

Według autorki takie ukształtowanie rynku usług medycznych ma zapewniać budowanie odpowiedniego kapitału ludzkiego, który jest podstawą dla sprawnej gospodarki i wpływa na wydajność pracy.

W odniesieniu do takiego modelu kształtowania rynku usług medycznych Golinowska formułuje cztery zasady, którymi powinny kierować się instytucje państwa:

1. Dostęp do usług zdrowotnych musi być równy.
2. Finansowanie usług medycznych musi opierać się na zasadzie solidaryzmu.
3. Należy promować jakość świadczonych usług medycznych.
4. Przy podejmowaniu decyzji dotyczących służby zdrowia należy dbać o jej przyszły rozwój.

W odniesieniu do polskiego publicznego systemu zdrowia i zarzutu o jego nieefektywności w artykule przedstawiono następującą analizę:

- a) proste podniesienie nakładów nie jest sposobem rozwiązania problemów, ale nie powinno się tego wykluczać;
- b) celem powinno być poprawienie zarządzania w skali makro – polityka zdrowotna oraz w skali mikro – placówki medyczne;
- c) konieczne jest lepsze adresowanie i wydatkowanie środków – zgodnie z kryterium potrzeb medycznych i polityki zdrowotnej, a nie w interesie środowisk medycznych;
- d) powinno ograniczyć się konkurencję świadczeniodawców publicznych i prywatnych o środki z ubezpieczenia zdrowotnego – konkurencja ta często nie uwzględnia jakości usług medycznych i efektywności społecznej;
- e) wraz ze wzrostem poziomu dochodów oraz wykształcenia ludności rosną potrzeby zdrowotne, co powoduje większy nacisk na podnoszenie wydatków zdrowotnych.

Podsumowując na tym etapie analizę rynku usług medycznych w Polsce, należy zauważyć dwa zasadnicze czynniki go kształtujące:

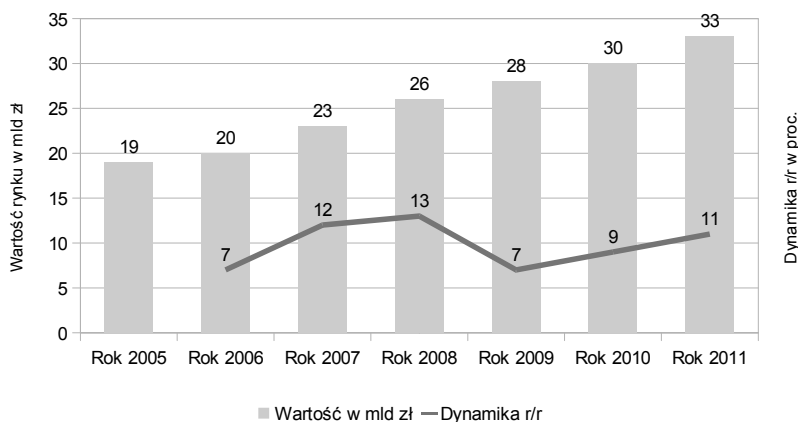
- a) rosnącą świadomość potrzeb zdrowotnych, co przekłada się na popyt na usługi medyczne, który realizowany jest zarówno poprzez świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jak i poprzez dodatkowe wydatki prywatne;

b) Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza do systemu konkurencję o środki z ubezpieczenia zdrowotnego, o które ubiegają się podmioty publiczne i prywatne, przy czym wydaje się, że prowadzi to bardziej do deformacji rynku z takich powodów, jak:

- brak dostatecznego rozpoznania potrzeb medycznych społeczeństwa,
- brak nadania szczególnego znaczenia jakości świadczeń medycznych,
- brak prawidłowej wyceny kosztów świadczeń medycznych, co prowadzi do nienaturalnego przepływu środków do podmiotów udzielających lepiej wycenione świadczenia i ich nadmiernego rozwoju w stosunku do potrzeb (taki rozwój sektora w kierunku oferowania lepiej wycenionych świadczeń może nawet spowodować wykreowanie zawracającej krzywej podaży).

Zasadniczą kwestią, jaką należy w tym momencie podjąć, jest pytanie o rzeczywistą wielkość rynku usług medycznych w Polsce. Według danych GUS-u³ suma wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2008 r. wyniosła 83,4 mld złotych, co stanowiło 6,55% PKB. Największą część tych wydatków (4,23% PKB) stanowiły środki z funduszy ubezpieczeń społecznych (NFZ), które wyniosły 53,8 mld złotych.

Rysunek 2. Wartość i dynamika rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2005–2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Chomątowska, *Prywatna medycyna czeka na kapitał*, www.rp.pl (dostęp 25.05.2011).

³ Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010, s. 82.

Na powyższym wykresie zaprezentowano natomiast wartość i dynamikę prywatnych wydatków na usługi medyczne. Zauważyć można, że cechuje je znaczna intensywność na przestrzeni zaprezentowanych lat.

Zakładając, że polityka kreowania popytu ze strony NFZ na usługi medyczne nie ulegnie w najbliższym czasie zmianie, należy zastanowić się, jakie są źródła przewagi konkurencyjnej podmiotów publicznych (*non profit*) i prywatnych (*for profit*) oraz źródła ich efektywności lub braku. Służy temu analiza SWOT przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Analiza SWOT sektorów

Sektor publiczny	Sektor prywatny
Silne strony	
<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – traktowany jako podstawa systemu ochrony zdrowia – priorytetowa pozycja w przyznawaniu środków z ubezpieczenia zdrowotnego; – duże rezerwy związane z niską efektywnością i potencjalną restrukturyzacją <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – subiektywnie postrzegany jako gwarantujący bezpieczeństwo zdrowotne, zwłaszcza w nagłych i skomplikowanych przypadkach; – zapewnia szerokie spektrum specjalizacji <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – podporządkowanie działalności zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – duży potencjał związany z posiadaniem majątkiem, wyposażeniem i możliwością przeprowadzenia restrukturyzacji; – dostęp do środków z Unii Europejskiej; – duży potencjał kadrowy w stosunku do konkurencji 	<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – odpowiednio wysokie kapitały własne niezbędne do prowadzenia działalności; – dobre postrzeganie podmiotów przez sektor finansowy – dostęp do kredytów; – dostęp do rynków kapitałowych – giełda / New Connect; – dywersyfikacja przychodów – osoby fizyczne, przedsiębiorstwa (abonamenty), towarzystwa ubezpieczeniowe, NFZ; – koncentracja na wysoko rentownych procedurach; – struktura kosztów dopasowana do wielkości i zakresu prowadzonej działalności <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – subiektywnie postrzegany jako gwarantujący wyższą jakość zarówno w zakresie medycznym, jak i obsługi pacjenta <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – jasna wizja i misja oraz cele operacyjne, dążenie do realizacji wyznaczonej strategii <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – dynamiczny rozwój w związku z rosnącymi przychodami zarówno od pacjentów komercyjnych, jak i z Narodowego Funduszu Zdrowia; – inwestycje finansowane zarówno środkami własnymi, jak i środkami pozyskiwanymi na rynku finansowym (dobre postrzeganie sektora przez instytucje finansowe); – nastawienie na nowoczesne metody leczenia ograniczające koszty około medyczne (ograniczenie powikłań, skrócenie czasu pobytu w placówce, skrócony czas rekonwalescencji); – dobre postrzeganie przez personel; – konkurencyjne miejsce pracy wobec oferowanych w sektorze publicznym (<i>non profit</i>)

Słabe strony	
<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – wysoka nieefektywność działania, brak kontroli kosztów; – wysokie koszty zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego (nadwykonania); – wysokie koszty stałe działalności <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – subiektywnie postrzegana jako nie zapewniająca wystarczającej jakości świadczeń <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – brak jasnej strategii; – brak jasnego podziału kompetencji <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – brak wizji, brak celów wyznaczanych przez interesariuszy 	<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dalszym ciągu poziom zamożności społeczeństwa stanowi znaczną barierę dla wzrostu popytu na prywatne (dodatkowo płatne) usługi medyczne; <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – ograniczony zakres świadczonych usług zarówno w zakresie świadczeń pełnopłatnych, jak i refundowanych; – koncentracja na standardowych procedurach medycznych niosących ze sobą niskie ryzyko powikłań <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – podporządkowanie wszystkich działań osiągnięciu jak największej efektywności <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – silna pozycja kadry medycznej w negocjacjach warunków pracy; – konieczność pozyskiwania kadry medycznej z placówek publicznych
Szanse	
<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – poprawa efektywności działania poprzez restrukturyzację i wykorzystanie nowych narzędzi prawnych i finansowych <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – poprawa jakości świadczeń dla pacjenta <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – poprawa współpracy różnych interesariuszy; – stworzenie spójnej strategii <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – ciągłe inwestycje w nowe metody leczenia 	<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych; – wzrost poziomu zamożności ludności <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – poszerzenie zakresu świadczeń <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – wdrożenie i bieżące wykorzystywanie najnowszych rozwiązań z dziedziny zarządzania <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – ciągłe inwestycje w nowe metody leczenia
Zagrożenia	
<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – dynamiczny wzrost kosztów nieznajdujący pokrycia w przychodach; – rosnąca konkurencja o środki publiczne ze strony jednostek prywatnych <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – rosnąca świadomość praw pacjentów przekładająca się na żądanie odszkodowań za błędy w sztuce <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – zbyt duży wpływ czynników politycznych na zarządzanie służbą zdrowia <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – wysokie żądania płacowe personelu medycznego – brak dostatecznej ilości personelu medycznego 	<p>perspektywa finansowa</p> <ul style="list-style-type: none"> – nieosiągnięcie zakładanych poziomów wydatków na usługi medyczne; – brak osiągnięcia zakładanych stóp zwrotu; – nadmierna konkurencja w sektorze <p>perspektywa klienta (pacjenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> – rosnąca świadomość praw pacjentów przekładająca się na żądanie odszkodowań za błędy w sztuce <p>perspektywa procesów wewnętrznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – nadmierna koncentracja na stronie biznesowej <p>perspektywa rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – wysokie żądania płacowe personelu medycznego – brak dostatecznej ilości personelu medycznego

Źródło: opracowanie własne.

Analizując przedstawione powyżej argumenty, można dojść do wniosku, że oba sektory posiadają zarówno przewagi konkurencyjne wobec siebie, jak i czynniki obniżające ich zdolność do konkurencji. W wypadku sektora publicznego (*non profit*)

można mówić bardziej o czynnikach organizacyjnych i finansowych w kontekście konieczności ich poprawy w celu efektywnego konkutowania na rynku usług medycznych. Natomiast gdy chodzi o sektor prywatny (*for profit*), większe zagrożenia można zauważyć w czynnikach medycznych – zakres świadczeń, jakość i ilość personelu.

Biorąc pod uwagę specyfikę działalności i często sprzeczne cele interesariuszy występujących w obu sektorach, niezbędne wydaje się znalezienie kompleksowego systemu zarządzania, który zapewni jednocześnie wyeliminowanie słabych stron danej instytucji, realizację celów interesariuszy i potencjalny rozwój na coraz bardziej konkurencyjnym rynku. Takim modelem zarządzania może być Strategiczna Karta Wyników.

2. Strategiczna Karta Wyników – system zarządzania i pomiaru efektów

W odnoszącej sukcesy organizacji można określić wiele istotnych wskaźników świadczących o jej kondycji. Wskazują one zwykle na perspektywy i pozwalają organizacji planować przyszłość i stawiać czoła pojawiającym się problemom. Jednakże wskaźniki finansowe odzwierciedlają wyniki osiągnięte w przeszłości i nie nadają się do przewidywania przyszłości. Opieranie się tylko na nich czy na wskaźnikach wydajności rzadko dostarcza menedżerom wszystkich niezbędnych danych do podejmowania właściwych decyzji. Prowadzi to najczęściej do podejmowania działań zorientowanych na rozwiązywanie bieżących problemów, przesłaniając możliwości i zagrożenia pojawiające się w perspektywie długoterminowej.

Sformułowanie przez Kaplana i Nortona metodologii zarządzania o nazwie Strategiczna Karta Wyników (*Balanced Scorecard – BSC*)⁴, zwracającej uwagę na konieczność uwzględnienia wpływu czynników niefinansowych na wskaźniki finansowe, spowodowało, że wiele firm zaczęło używać BSC jako systemu pozwalającego połączyć zarządzanie operacyjne z całościową strategią przedsiębiorstwa. Strategiczna (czasem zamiennie używa się określenia zrównoważona) karta wyników jest centralnym systemem zarządzania i pomiaru wyników jednostek. Pozwala przełożyć misję i strategię organizacji na zrównoważony zestaw powiązanych ze sobą mierników. Korzysta nie tylko z tradycyjnych wskaźników finansowych, lecz integruje je ze wskaźnikami niefinansowymi w perspektywie klienta (np. satysfak-

⁴ R.S. Kaplan, D.P. Horton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, PWN, Warszawa 2007, s. 61.

cja), wewnętrznych procesów biznesowych, wiedzy i rozwoju. Ułatwia ukazanie relacji pomiędzy decyzjami podejmowanymi dziś a oczekiwanymi w przyszłości efektami. Strategiczna karta wyników łączy bieżące, krótkoterminowe wyniki działalności z długoterminowymi celami.

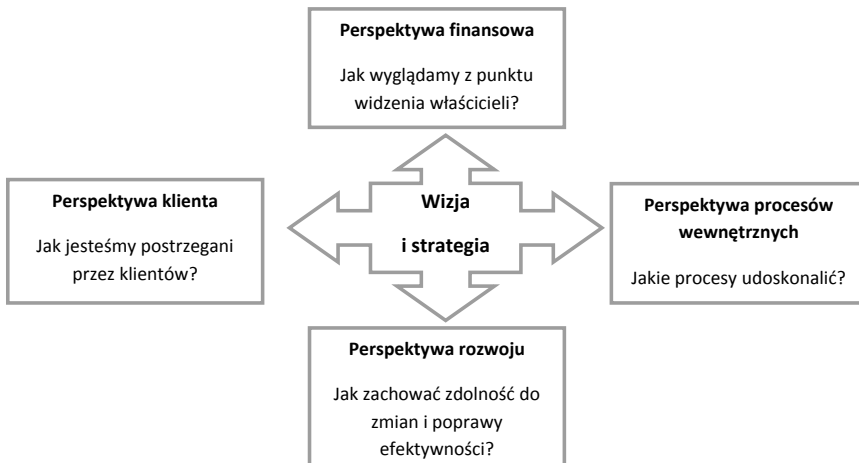
W ciągu ostatniej dekady natura BSC uległa zmianie. Przedsiębiorstwa korzystające z metodologii BSC osiągały wymierne rezultaty, znaczenie BSC rosło, zmieniając ją w podstawowy system zarządzania strategicznego. BSC stała się ramami dla implementacji zarządzania strategią na wszystkich poziomach organizacji poprzez łączenie celów, działań i mierników w ogólną strategię.

Klasykzna koncepcja zdefiniowana przez Kaplana i Nortona wykorzystuje cztery podstawowe perspektywy Strategicznej Karty Wyników:

1. Perspektywę finansową.
2. Perspektywę klienta.
3. Perspektywę procesów wewnętrznych.
4. Perspektywę rozwoju.

Każda z wymienionych wyżej perspektyw powinna znaleźć odpowiedzi na podstawowe kwestie przedstawione na rysunku 3.

Rysunek 3. Cztery perspektywy Strategicznej Karty Wyników



Źródło: opracowanie własne na podstawie K.E. Voelker, J.S. Rakich, G.R. French, *The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: a performance measurement and strategic planning methodology*, „Hospital Topics” 2001, No. 79, s. 16.

W każdej z perspektyw oceny można określić cele strategiczne, których pomiar z wykorzystaniem wskaźników ilościowych (zwykle finansowych) lub jakościowych pozwoli na obiektywny pomiar efektywności organizacji.

Perspektywa finansowa. Spośród głównych celów strategicznych realizowanych przez firmy niezależnie od fazy ich życia wymienić można⁵:

- a) osiągnięcie wymaganego wzrostu i struktury przychodów;
- b) redukcję kosztów i wzrost wydajności;
- c) zwiększenie wykorzystania aktywów i efektywności inwestycji.

Modelowy cykl życia produktu czy organizacji składa się z faz wzrostu, utrzymania, dojrzałości. W zależności od tego, w której fazie obecnie się znajduje, może realizować strategiczne cele finansowe w różny sposób. Przykładowo w fazie wzrostu strategia wzrostu i zmiany struktury przychodów może być realizowana poprzez wzrost sprzedaży w poszczególnych segmentach, wprowadzanie nowych produktów. W fazie utrzymania istotne staje się zwiększenie sprzedaży docelowym klientom, sprzedaż wiązana, wzrost udziału z nowych zastosowań dotychczas wytwarzanych produktów oraz dążenie do zwiększenia rentowności klientów i produktów.

W odniesieniu do organizacji *non profit* realizacja celów finansowych dotyczyć może przede wszystkim utrzymania w ryzach wyznaczonego poziomu kosztów. Jednocześnie zaś konieczne staje się zapewnienie środków na rozwój nowych obszarów działalności, badania.

Perspektywa klienta. W tej perspektywie pomiar ma odpowiedzieć na pytanie, jak jesteśmy postrzegani przez klientów, w jaki sposób (jak dobrze) spełniamy ich wymagania. Najczęściej stosowane mierniki⁶ obrazujące stan naszych relacji z klientami odnoszą się do rentowności klientów lub pomiaru poziomu ich satysfakcji. W jednostkach służby zdrowia perspektywa ta powinna uwzględniać relacje pomiędzy różnymi grupami interesariuszy, w tym pomiędzy pacjentami a płatnikami (NFZ) oraz personelem medycznym. Cele i mierniki muszą brać pod uwagę klientów wewnętrznych i zewnętrznych.

Perspektywa procesów wewnętrznych. Niesie odpowiedź na pytanie, jak operacyjnie wypełniamy główne procesy wewnętrzne. Efektywne wewnętrzne procesy biznesowe są krytyczne dla dostarczania produktów i usług w celu zaspokojenia potrzeb naszych klientów w sposób finansowo odpowiedzialny. Przykłady biznesowe

⁵ *Ibidem*, s. 61.

⁶ *Ibidem*, s.74.

mogą obejmować czas cyklu, ocenę bezpieczeństwa, przetworzenie i dostawy na czas. Przykłady w opiece zdrowotnej mogą obejmować kwestie wykorzystania sal operacyjnych, długości pobytu, terminowości i prawidłowości usług pomocniczych lub ilości niezbędnych etatów.

Perspektywa rozwoju. Czy jesteśmy w stanie być innowacyjni, gotowi na zmiany i ciągle doskonalenie? Mierniki w tej perspektywie odnoszą się do aktywów niematerialnych i doskonalenia w przyszłości. Odzwierciedlają stopień zadowolenia pracowników i poczucia ich wartości dla przedsiębiorstwa, a także ich możliwości. Mogą zawierać takie mierniki, jak częstotliwość szkoleń, rozwój osobisty pracowników, możliwości awansu, wskaźnik rotacji i rozwój nowych usług czy produktów.

Strategiczna Karta Wyników pierwotnie była wdrażana w organizacjach nastawionych na osiąganie zysku, produkcyjnych i usługowych. W późniejszym czasie zaczęto stosować ją szeroko w organizacjach typu *non profit*. BSC jako narzędzie pomiaru wydajności i metodologii planowania strategicznego może być też bezpośrednio stosowana w sektorze ochrony zdrowia i organizacjach opieki zdrowotnej. W literaturze można znaleźć wiele przykładów opisujących proces dostosowywania i implementacji Strategicznej Karty Wyników w jednostkach służby zdrowia⁷.

Zauważyć przy tym należy, że występują zasadnicze różnice w hierarchii celów definiowanych przez podmioty w zależności od celów ich działalności. Ułożenie wymienionych wcześniej perspektyw w formę piramidy pozwala otrzymać spójny, właściwy dla wielu organizacji obraz.

Stabilną podstawę piramidy stanowią procesy warunkujące wszelkie przyszłe sukcesy – personel, systemy informatyczne, infrastruktura. Długoterminowe efekty możliwe są tylko wówczas, gdy zapewnione są odpowiednie inwestycje w podstawę. Następny poziom stanowi perspektywa procesów wewnętrznych. Rozwojowa i ucząca się organizacja wspiera osiąganie celów na tym poziomie w podobnym stopniu, jak w perspektywie rozwoju. Perspektywa wewnętrzna koncentruje się na wspieraniu procesów, które sterują bieżącymi operacjami przedsiębiorstwa. Ulepszanie krytycznych procesów wewnętrznych jest wiarygodnym wskaźnikiem przyszłego finansowego i operacyjnego powodzenia. Trzeci poziom piramidy stanowi perspektywa klienta. Antycypowanie i wypełnianie potrzeb klienta jest fundamentalnym warunkiem sukcesu organizacji.

⁷ Y. Chan, L. Ching, *Cascading a clear focus. How strategy maps are helping to create a clear, coherent focus throughout Ontario's health system*, „CMA Management” 2007, No. 10, October.

W organizacjach nastawionych na zysk perspektywa finansowa określa ostateczne korzyści, jakich biznes dostarcza swoim akcjonariuszom. Priorytetem jest wypełnienie misji i satysfakcja interesariuszy.

Rysunek 4. Organizacja *for profit*



Źródło: opracowanie własne na podstawie K.E. Voelker, J.S. Rakich, G.R. French, *op.cit.*, s. 15.

Jeśli stworzona zostanie podobna piramida dla organizacji nienastawionej na zysk, to okaże się, że miejsce na szczycie piramidy zajmuje perspektywa klienta, ponieważ zyski nie są jej celem nadrzędnym. Warto zauważyć jednak, że nawet dla tego typu organizacji stabilna, dobra sytuacja finansowa jest warunkiem koniecznym, by mogła przetrwać w dłuższej perspektywie. Utrzymanie zdrowej sytuacji finansowej pozwala podmiotom *not for profit* uzyskać środki niezbędne do świadczenia usług, usatysfakcjonowania interesariuszy i wypełnienia swojej misji. Ostatecznie wszystko, co dzieje się w organizacji, wpływa na wyniki finansowe, ważne staje się zidentyfikowanie czynników oddziałujących na nie. Perspektywa finansowa najczęściej nie dominuje w organizacjach *non profit*, w związku z czym nie włączają jej nawet do swojej Strategicznej Karty Wyników.

Rysunek 5. Organizacja *non profit*

Źródło: opracowanie własne na podstawie K.E. Voelker, J.S. Rakich, G.R. French, *op.cit.*, s.16.

Od momentu sformułowania do dziś Strategiczna Karta Wyników wdrożona została w wielu organizacjach, zarówno nastawionych na zysk, jak i *non profit*. W literaturze występuje wiele przykładów opisujących, w jaki sposób wdrożenie systemu zarządzania strategicznego BSC wpłynęło na zmiany wyników osiąganych przez te organizacje⁸.

Jedną z klasycznych, wielokrotnie opisywanych egemplifikacji udanej implementacji BSC jest przykład Duke Children Hospital w Durham w USA⁹. Duke Children Hospital był szpitalem pediatrycznym posiadającym 134 łóżka, wchodzącym w skład Szpitala Uniwersyteckiego Duke. Brak spójnego systemu pomiaru osiągnięć spowodował, że na przestrzeni czterech lat (1992–1996) straty związane z działalnością operacyjną szybko wzrastały, osiągając poziom 11 mln USD. Zarząd szpitala podjął energiczne kroki zmierzające do ograniczenia kosztów, czego wynikiem były cięcia kosztów, przejawiające się m.in. w zwolnieniach wśród personelu. Dawało się zauważyć obniżenie jakości opieki medycznej, zmniejszenie liczby pacjentów, odejście sfrustrowanego personelu. Analiza przyczyn wykazała, że każda grupa pracowników, od księgowych, pracowników administracji do perso-

⁸ W.N. Zelman, G.H. Pink, C.B. Matthias, *Use of the Balanced Scorecard in Health Care*, „Journal of Health Care Finance” 2003, Summer, s. 29,4.

⁹ J. Meliones, *Saving Money, Saving Lives*, „Harvard Business Review”, November–December 2000, s. 5.

nelu medycznego, była skoncentrowana tylko na osiągnięciu swoich celów, nie biorąc pod uwagę perspektywy całego szpitala. W wyniku tego szpital miał trudności w wypełnianiu oczekiwań swoich klientów. Konkluzja była prosta: należy zacząć traktować szpital nie jako marnującą środki organizację *non profit*, lecz jak mającą przynosić zyski korporację. Sposobem, by tego dokonać stała się Strategiczna Karta Wyników.

Wdrożenie przyniosło spodziewane efekty. W ciągu kolejnych czterech lat udało się poprawić wyniki finansowe, zmniejszając średni koszt pobytu pacjenta z 14 889 USD do 10 500 USD. Wśród innych efektów wymienić należy¹⁰:

- a) wzrost zysku operacyjnego o 60 mln USD;
- b) wzrost zadowolenia pacjentów i ich rodzin;
- c) poprawę jakości świadczonych usług medycznych, m.in. przez skrócenie czasu pobytu w szpitalu i obniżenie wskaźnika ponownych przyjęć;
- d) wzrost zadowolenia pracowników i lekarzy.

Inne przykłady szpitali, w których wdrożono Strategiczną Kartę Wyników ilustruje tabela 2.

Wdrożenia BSC w szpitalach wymienionych w tabeli 2 zakończyły się sukcesem. Przyniosły wdrażającym jednostkom wymierne korzyści, poprawie uległy najważniejsze, zdefiniowane na poziomie implementacji wskaźniki. Jak wynika z analizy wzmiankowanych przypadków, efekty ekonomiczne były wynikiem przede wszystkim zmian organizacyjnych i ścisłej kontroli procesów z wykorzystaniem mierników BSC. Oczywiście poszczególne implementacje BSC w różnych jednostkach funkcjonują na podstawie różnych perspektyw. Wynika to przede wszystkim z różnych celów, jakie stoją przed tymi jednostkami. Najbardziej wyraźne zróżnicowanie w definiowaniu ram Strategicznej Karty Wyników występuje pomiędzy jednostkami służby zdrowia typu *non profit* i nastawionymi na zysk (*for profit*).

¹⁰ *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, red. M. Hass-Symotiuk, Wolters Kluwer Polska, 2011, s. 176.

Tabela 2. Efekty wdrożenia Strategicznej Karty wyników
na przykładzie wybranych szpitali

Nazwa szpitala	Problemy	Podjęte działania	Korzyści i udoskonalenia
Duke Children's Hospital, USA	<ul style="list-style-type: none"> – 50 milionów USD strat w 1995 roku; – czas leczenia dłuższy o 15% od założonego 	<ul style="list-style-type: none"> – polepszenie komunikacji z pacjentami i lekarzami; – ukierunkowanie procesów na potrzeby pacjentów 	<ul style="list-style-type: none"> – redukcja kosztów; – zwiększenie dochodów; – lepsza opieka nad pacjentem
Peel Memorial Hospital, Ontario	<ul style="list-style-type: none"> – wzrost kosztów leczenia spowodował zmianę zasad finansowania przez rząd 	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie odpowiedzialności 	<ul style="list-style-type: none"> – wzrost poziomu zadowolenia klientów z 89% do 95%; – badanie wykazało wzrost zadowolenia pracowników z 33% do 75%; – lepsze zrozumienie, gdzie należy inwestować czas i pieniądze w wiedzę gdzie cele zostały osiągnięte; – osiągnięcie możliwości odniesienia wizji i misji do pomiaru sprawności biznesowej
MacKay Memorial Hospital, Taiwan	brak danych	brak danych	<ul style="list-style-type: none"> – od 2003 r. do 2005 r. dochody z działalności nierfundowanej przez Narodowe Ubezpieczenie Zdrowotne (NHI) zwiększyły się z 14 070 mln NTS do 17 894 mln NTS; – wzrost zadowolenia pacjentów hospitalizowanych z 89,07% do 91,9%; – ilość wizyt pacjentów z problemami natury ekonomicznej, społecznej lub fizycznej zwiększyła się z 82 350 do 97 658; – ilość projektów badawczych zwiększyła się z 46 do 61; – odsetek pacjentów przyjętych na oddział intensywnej terapii w ciągu 3 godzin od przyjazdu do szpitala zwiększył się z 47,8% w 2004 r. do 82,5% w 2005 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie A.E. Badarudin, Z. Abdullah, *Using Balanced Scorecard at performance measurement system at private hospitals*, umconference.um.edu.my (dostęp 20.04.2011).

W literaturze można znaleźć twierdzenia, że pomiary wyników i zachowań są mechanizmami kontroli, które z trudem dają się zastosować w praktyce jednostek służby zdrowia¹¹. Jednakże w sytuacji, gdy możliwości pomiaru wyników są niewielkie, a wiedza o procesach niekompletna, wdrożenie zespołowego systemu kon-

¹¹ Por. L.G. Aidemark, E.K. Funck, *Measurement and Health Care Management*, „Financial Accountability & Management” 2009, No. 25 (2).

troli opartego na Strategicznej Karcie Wyników wydaje się jedyną alternatywą dla jednostek służby zdrowia.

Podsumowanie

Rosnąca wartość rynku usług medycznych powodować będzie wzrost konkurencji. Zmiany przepisów prawa, przekształcenia SP ZOZ i coraz większa liczba konkurujących z nimi nowych, całkowicie prywatnych jednostek Służby Zdrowia również wpłynie na rynek usług zdrowotnych. Obserwowane zmiany będą zmierzać w kierunku nadania większego znaczenia rachunkowi ekonomicznemu przy jednoczesnym wzroście znaczenia jakości świadczeń i konieczności zaspokojenia rosnących potrzeb pacjenta.

Literatura

- Badarudin A.E., Abdullah Z., *Using Balanced Scorecard at performance measurement system at private hospitals*, umconference.um.edu.my (dostęp 20.04.2011).
- ChanY.-C.L., Ho S.-J.K., *The Use Of Balanced Scorecard In Canadian Hospitals*, aaahq.org/northeast/2000/q17.pdf (dostęp 20.04.2011).
- Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality*, „Health Information and Quality Authority” 2010, September.
- Golinowska S., *Zdrowie to nie tylko zdrowie*, „Gazeta Wyborcza” 2011, nr 89, 18.04.2011.
- Gumbus A., Lyons B., Bellhouse D.E., *Journey to Destination 2005. How Bridgeport Hospital is using the balanced scorecard to map its course*, „Strategic Finance” 2002, August.
- Hass-Symotiuk M., *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011.
- Hass-Symotiuk M., *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
- Kaplan R.S., *Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations*, „Nonprofit Management & Leadership” 2001, No. 11 (3), Spring.
- Kaplan R.S., Horton D.P., *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Economic Analysis In Health Care*, John Wiley & Sons Ltd, New Jersey 2007.

- Stiglitz J. E., *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Sugarman P.A, Watkins J., *Balancing the scorecard: key performance indicators in a complex healthcare setting*, „Clinician in Management” 2004.
- Szymkiewicz P., *Balanced Scorecard – pomiar, który motywuje*, Wydawnictwo PROED, Olsztyn 2007.
- The balanced scorecard an integrative approach to performance evaluation*, „Healthcare Financial Management” 2001, May.
- Rachunek kosztów usług medycznych i zarządzania finansami w ochronie zdrowia*, Materiały Konferencyjne nr 57, red. M. Hass-Symotiuk, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2000.
- Zelman W.N., Pink G.H., Matthias C.B., „Journal of Health Care Finance” 2003, Summer.

BALANCED SCORECARD AS A TOOL OF IMPROVEMENT IN THE COMPETITIVENESS OF MEDICAL ORGANISATIONS

Summary

This article has been written in order to present both the theoretical and practical sides of health care market using Polish market as an example. One of the main goals we would like to achieve with this article is to show the competitiveness of the health care market and to show what kind of management methods can be used to compete successfully.

The Polish health care market is worth approximately 80 bln zł, what makes it the field of intense competition. One of the most important factors on the market is that the main player – public health care institutions – has not had such difficult competitors as it has now.

We have used the SWOT analysis to identify the advantages and disadvantages of both public (non profit) and private (for profit) institutions. It has shown that both models have their chances on the market and both of them have to use advanced management methods such as Balanced Score Card to adapt to constantly changing conditions and fulfil often contradictory goals of their stakeholders.

Keywords: health care market, Balanced Scorecard, competition