

UNIwersytet Ekonomiczny
w Poznaniu



Monika Dobska

**REORIENTACJA
W ZARZĄDZANIU
PRZEKSZTAŁCONYM
PODMIOTEM LECZNICZYM**

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

POZNAŃ 2013

KOMITET REDAKCYJNY

Elżbieta Gołębska, Danuta Krzemińska, Emil Panek, Wiesława Przybylska-Kapuścińska,
Jerzy Schroeder (sekretarz), Ryszard Zieliński, Maciej Żukowski (przewodniczący)

RECENZENCI

Barbara Iwankiewicz-Rak, Aleksander Panasiuk

PROJEKT OKŁADKI

Jacek Pietrzyński

W projekcie okładki wykorzystano zdjęcie [iStockphoto.com/AndreasG](https://www.istockphoto.com/AndreasG)

Zdjęcie obrazu Rembrandta „Lekcja anatomii doktora Tulpa” ze zbiorów autorki

REDAKCJA I KOREKTA

Magdalena Kraszewska

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
Poznań 2013

ISBN 978-83-7417-772-6

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO W POZNANIU

ul. Powstańców Wielkopolskich 16, 61-895 Poznań

tel. 61 854 31 54, 61 854 31 55, faks 61 854 31 59

www.wydawnictwo-ue.pl, e-mail: wydawnictwo@ue.poznan.pl

adres do korespondencji: al. Niepodległości 10, 61-875 Poznań

Skład: Garmond Oficyna Wydawnicza

Druk: UNI-DRUK Wydawnictwo i Drukarnia

ul. Przemysłowa 13, 62-030 Luboń

tel. 61 899 49 49 do 52, faks 61 813 93 31

www.unidruk.poznan.pl, e-mail: biuro@uni-druk.pl

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział 1 Społeczne uwarunkowania systemów opieki zdrowotnej na świecie.....	12
1.2. Uwarunkowania realizacji polityki zdrowotnej.....	16
1.3. Kształtowanie systemu opieki zdrowotnej	19
1.4. Problematyka polityki zdrowotnej i systemów opieki zdrowotnej w świetle literatury przedmiotu	28
1.5. Modele opieki zdrowotnej na świecie – istota i konwencje objaśniające	33
1.6. Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej	51
1.7. Koordynacyjna aktywność Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia	59
Podsumowanie.....	66
Rozdział 2 System ochrony zdrowia w Polsce w aspekcie zarządzania podmiotami leczniczymi	68
2.1. Opieka zdrowotna w Polsce w procesie reform	68
2.2. Rola samorządu terytorialnego w organizacji ochrony zdrowia	89
2.3. Efekty reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce po 2003 roku.....	101
2.4. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności leczniczej	110
2.5. Uprawnienia kierownika podmiotu leczniczego w świetle uregulowań prawnych	121
Podsumowanie	130
Rozdział 3 Restrukturyzacja i przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej w kontekście uregulowań prawnych oraz w świetle wyników badań empirycznych	132
3.1. Obszary restrukturyzacji w zakładach opieki zdrowotnej.....	132
3.2. Restrukturyzacja zatrudnienia na tle programów restrukturyzacyjnych Ministerstwa Zdrowia.....	147
3.3. Problematyka restrukturyzacji finansowej w programach Ministerstwa Zdrowia.....	156
3.4. Zastosowanie restrukturyzacji organizacyjnej jako narzędziawspomagającego prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej	165
3.5. Ocena procesów restrukturyzacyjnych w świetle wyników badańempirycznych.....	170
3.6. Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999–2010	177
3.7. Przesłanki działań prywatyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej	191
Podsumowanie	199
Rozdział 4 Strategia projakościowa podmiotu leczniczego.....	202
4.1. Pojęcie jakości w usługach	202
4.2. Jakość usług medycznych.....	208

3.3. Medical malpractice i niepowodzenia we wdrażaniu jakości do podmiotów lecniczych	230
4.4. Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta w świetle wyników badań empirycznych.....	238
4.5. Organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz jakości.....	246
4.6. Akredytacja podmiotów leczniczych.....	252
4.7. Zintegrowane systemy zarządzania jakością w podmiocie leczniczym.....	262
4.8. Konsumeryzm weryfikujący znaczenie jakości usług medycznych.....	271
Podsumowanie	282
Rozdział 5 Reorientacja na wartość usług i jej wpływ na kreowanie nowych kompetencji personelu medycznego.....	284
5.1. Jakość a wartość w usługach medycznych.....	284
5.2. Nowe kompetencje pracownika w procesie restrukturyzacji	294
5.3. Asymetria relacji profesjonalista – pacjent.....	303
5.3.1. Asymetria informacji i inne przejawy dehumanizacji usług medycznych.....	303
5.3.2. Przywracanie symetryczności relacji	306
5.4. Rekonfiguracja otoczenia	315
5.4.1. Kultura organizacji usługowej.....	315
5.4.2. Wielowymiarowa rola reprezentacji społeczności	321
5.4.3. Rodzaje tożsamości w kontekście marketingu relacyjnego	325
Podsumowanie	329
Załączniki.....	336
Aneks. Informacja o głównych badaniach.....	353
Bibliografia	374
Spis tabel.....	419
Spis rysunków.....	422
Spis wykresów	424
Spis załączników.....	425

Wstęp

Konstrukcja systemu zdrowotnego Polsce podlega ciągłym zmianom. W tym zakresie wyodrębnić można trzy okresy. Pierwszy z nich obejmuje okres międzywojenny, drugi przypada na lata funkcjonowania gospodarki centralnie sterowanej, a trzeci okres rozpoczął się wraz z procesem przeobrażeń systemowych i trwa do dziś.

Przeobrażenia dotyczyły procesów prywatyzacji, deregulacji, decentralizacji i przekazywania uprawnień na niższy szczebel organów administracji państwowej i samorządowej. Reforma gospodarki narodowej ukierunkowana na kapitałowe przekształcenia własnościowe objęła także ochronę zdrowia. Ze względów głównie ustrojowych i ekonomicznych nie sprawdział się postulat socjalny, aby państwo stało się zasadniczym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zapewnionego im dzięki nieograniczonemu dostępowi do usług medycznych. Konieczność reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia nie tylko była konsekwencją dostosowania tej sfery do nowych realiów ekonomicznych, ale wiązała się także z podejmowanymi przez Polskę działaniami na rzecz wstąpienia do Unii Europejskiej. Reforma z 1999 roku wprowadziła zmiany instytucjonalne, organizacyjne i finansowe. Zmianie uległa nie tylko forma organizacyjna zakładów opieki zdrowotnej (wprowadzenie samodzielności zakładów), ale także ekonomiczne podstawy funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Samodzielność zakładów opieki zdrowotnej nie dawała jednak spodziewanych efektów zarządzania. Mimo że zakład miał zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność procesową i sądową oraz zarządzał wyodrębnionym majątkiem, w znacznej mierze był uzależniony od organu założycielskiego. Jak wskazuje A. Kozierkiewicz [2008, s. 44–45], placówki wciąż działały na zasadach miękkich budżetów bez prawnej lub faktycznej możliwości ogłoszenia bankructwa. Po roku 2001 dyscyplina finansowa nowo utworzonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej została rozluźniona. Jednocześnie nasiliło się zjawisko zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Panaceum na pogłębiającą się złą sytuację w zakładach miały być działania restrukturyzacyjne. Zmiany mogły być dokonywane w różnych obszarach organizacji, a ich zakres był zależny od celu, jaki miał być osiągnięty [Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 125]. Ostatnią ustawę – z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – można uznać za finalizującą reformę, miała się stać bowiem przesłanką do doskonalenia procesów zarządzania podmiotem leczniczym.

Polityka ochrony zdrowia, mająca szczególną rangę w ramach polityki społecznej, kształtuje system opieki zdrowotnej. Ze względu na to, że celem tego ostatniego jest organizowanie i udzielanie świadczeń osobom potrzebującym (przy określonym poziomie wiedzy medycznej, wiedzy o stanie zdrowotności społeczeństwa i dostępności do określonych limitowanych zasobów), może być on uznany za podstawę oceny poziomu zaspokojenia potrzeb społecznych. Współczesne systemy opieki zdrowotnej na świecie, aby sprostać zmieniającym się uwarunkowaniom makrootoczenia oraz potrzebom usługobiorców, inicjują działania reformatorskie. Polska nie jest w tym odosobniona. Pojawiający się na świecie nowy trend konsumencki wskazuje wyraźnie na konieczność nie tylko reorientacji strategii zarządzania podmiotem leczniczym, ale także rekonfiguracji jego otoczenia. Obecne uwarunkowania prawne i ekonomiczne powodują, że występowanie ograniczeń finansowych i ograniczeń w możliwościach samodzielnego tworzenia strategii zarządzania przez kierowników zakładów jest konfrontowane z rosnącymi oczekiwaniami społecznymi co do sposobu świadczenia usługi z zachowaniem sprawiedliwości społecznej. Wskazane problemy oraz presja spowodowana zmianami oczekiwań społecznych zmierzają do podjęcia kwestii optymalnego wykorzystania zasobów oraz wprowadzenia nowej formy zarządzania.

Procesy restrukturyzacyjne, prowadzone od 1999 roku, zakończyły się częściowym powodzeniem. Zracjonalizowano wprawdzie zatrudnienie oraz częściowo odłożono zakłady, ale nie zatrzymano dalszego zadłużania podmiotów leczniczych. Można także było zaobserwować przejmowanie stereotypowych rozwiązań w postaci zarządzania jakością, które nie w pełni uwzględniły punkt widzenia pacjenta.

Zasadniczym celem pracy jest zaprezentowanie nowego podejścia do stosowanych metod zarządzania w podmiocie leczniczym. Proponowana reorientacja zakłada konieczność uwzględnienia roli pacjenta w budowaniu nowej metody zarządzania. Złożoność badanych zjawisk i procesów przekłada się na zróżnicowane sposoby ich ujęcia: teoretyczny, opisowo-diagnostyczny i koncepcyjno-rewidystyczny.

Rozpoznanie powyższych uwarunkowań, pogłębione studiami literaturowymi, stało się podstawą formułowania następującej tezy: wraz z wymuszonymi ustawą przekształceniami własnościowymi, powinna nastąpić radykalna zmiana metod zarządzania, zmierzająca od zarządzania jakością usług do zarządzania wartością usług.

Do uzasadnienia słuszności powyższej tezy wykorzystano argumenty odnoszące się do następujących wymiarów:

1) wymiaru teoretycznego, obejmującego:

- a) wyjaśnienie makrospołecznych uwarunkowań tworzenia i reformowania systemów opieki zdrowotnej na świecie,
- b) zasadność korygowania celu podmiotu leczniczego, jako organizacji usługowej realizującej cele społeczne,

- c) zasadność reorientacji na wartość usług i kreację nowych kompetencji personelu medycznego,
- 2) wymiaru opisowo-diagnostycznego, obejmującego:
 - a) przebieg i próba, oceny dotychczasowych procesów reformatorskich w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce,
 - b) wskazanie obszarów restrukturyzacji zakładów oraz możliwości przekształceń własnościowych,
 - c) scharakteryzowanie dotychczasowych działań z zakresu wdrażania strategii projakościowej (wraz ze wstępną oceną),
- 3) wymiaru conceptualno-przewidywczego, obejmującego:
 - a) zdefiniowanie zjawiska asymetrii informacji i wskazanie sposobów jej przezwyciężania,
 - b) wskazanie konieczności wykorzystania marketingowego zarządzania organizacją usługową w wypracowaniu nowej koncepcji zarządzania przekształconym podmiotem leczniczym,
 - c) opis nowych trendów konsumenckich w Europie oraz przedstawienie możliwości ich implementacji na gruncie polskim.

Charakter problemu badawczego przesądził o konieczności dokonania krytycznej i wielkoobszarowej analizy literatury rozważanego zagadnienia. W pracy wykorzystano polską i zagraniczną literaturę przedmiotu. W części teoretycznej prowadzono rozważania również na podstawie obowiązujących aktów prawnych odnoszących się do podmiotów leczniczych. Zaznaczyć należy, że prowadzone w pracy rozważania charakteryzujące sytuację w Polsce zostały przedstawione w kontekście tendencji występujących w Unii Europejskiej oraz w Stanach Zjednoczonych. Przedsięwzięciem nowatorskim w ramach rozpatrywanego problemu jest włączenie w orbitę dociekań światowych trendów konsumeryzmu. Dzięki wypracowanym rozwiązaniom możliwe staje się przywracanie symetryczności w relacjach profesjonalista–pacjent i włączenie pacjenta w proces projektowania procesu świadczenia usługi.

Szerokie spektrum problemów uwzględnionych w pracy spowodowało, że rozległe studia literaturowe uzupełniono wynikami z badań empirycznych, które można usystematyzować następująco: (1) źródła międzynarodowe: dane OECD Health Data, Komisji Europejskiej, (2) źródła krajowe, takie jak dane z badań Ministerstwa Zdrowia, Najwyższej Izby Kontroli, (3) własne badania empiryczne. Ze względu na ciągłą zmienność uwarunkowań, w szczególności prawnych, przeprowadzono cztery badania ankietowe: *Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta* (badanie przeprowadzono w styczniu 2013 roku), *Badanie satysfakcji personelu pielęgniarskiego* (badanie przeprowadzono w okresie od grudnia 2012 do stycznia 2013 roku), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi w procesie przekształceń własnościowych* (badanie przeprowadzono w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku) i czwarte, uzupełniające: *Wdrożenie*

strategii pro jakościowej w podmiotach leczniczych z perspektywy pełnomocnika ds. zapewnienia jakości (badanie przeprowadzono w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku).

Badania empiryczne przeprowadzone przez autorkę miały na celu:

- 1) przedstawienie wpływu procesów restrukturyzacyjnych na zmianę sposobu zarządzania zakładami; zarówno restrukturyzacja, jak i pojęcie przekształcenia mają tu znaczenie nadane im przez akty prawne (ustawy) regulujące proces reformowania systemu,
- 2) wykazanie wielowymiarowości kryteriów ocen jakościowych wykorzystywanych przez pacjentów,
- 3) ocenę prowadzonych działań restrukturyzacyjnych w procesie kreowania wartości dla pracownika opartą na badaniu personelu pielęgniarskiego.

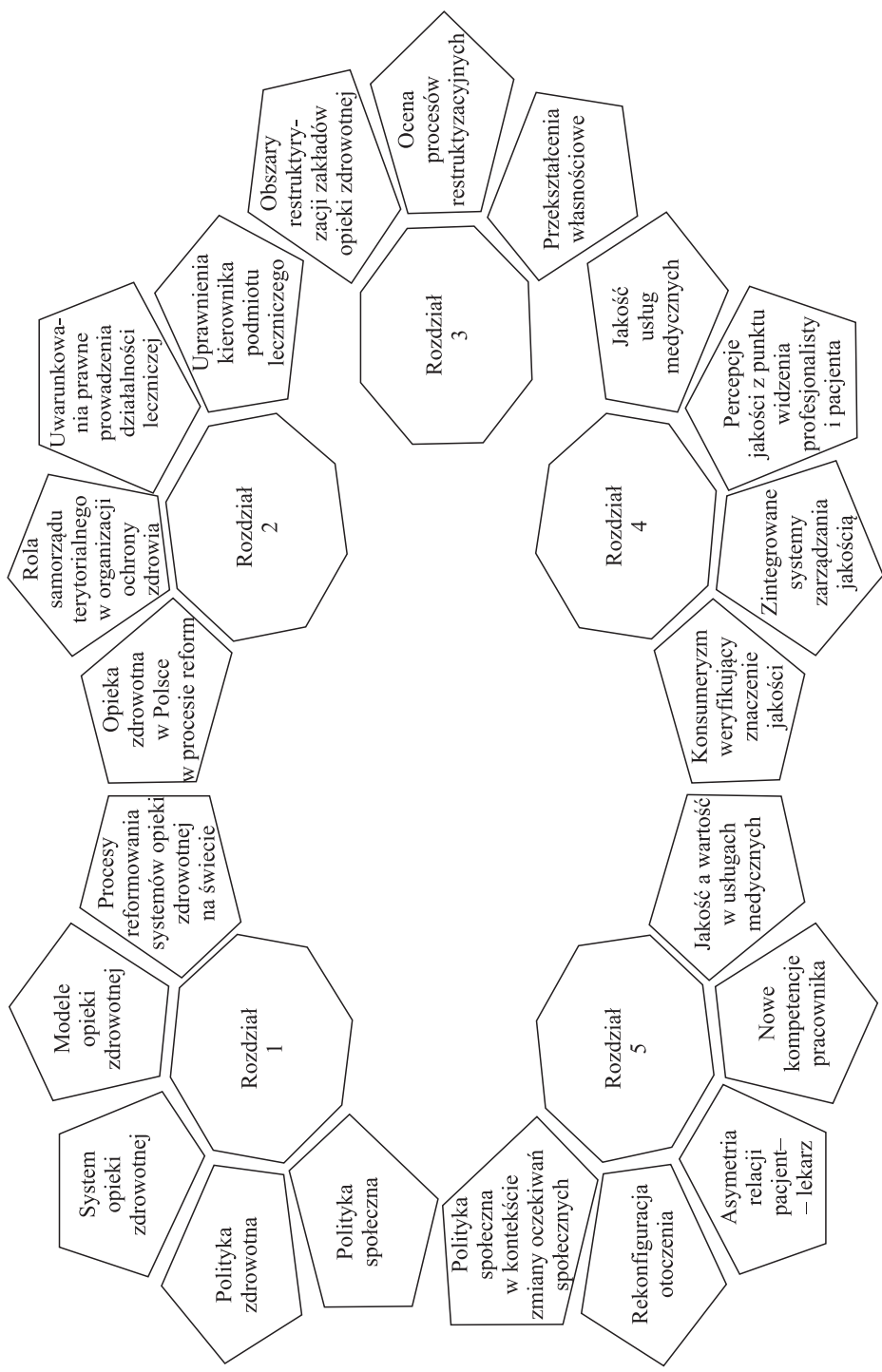
Na podstawie dostępnego piśmiennictwa można stwierdzić, że wykorzystane w pracy wyniki badań naświetlają jedynie pewne fragmenty, ale tworzą wystarczające przesłanki dla wypracowania nowej metody zarządzania skoncentrowanej na wartości. Podjęte w pracy rozważania wykraczają poza jedną dyscyplinę naukową, czyli nauki o zarządzaniu, a więc dotyczą: ekonomii i polityki społecznej, socjologii, etyki, prawa oraz medycyny. Branża usług medycznych jest przykładem, jak mezoekonomiczny poziom rozważań wiąże się z problematyką zarządzania. Zależności te autorka przedstawiła jako strukturę ramową pracy (rysunek 1).

Niemniej podkreślić należy, że w rozprawie dominują zagadnienia z zakresu zarządzania, albowiem uznano, iż procesy restrukturyzacji i przekształcenia są realnymi procesami podmiotu leczniczego, a więc są ściśle związane z zarządzaniem. Niezależnie od wielości poruszanych zagadnień i zróżnicowania poziomu szczegółowości, wywód jest prowadzony na pięciu poziomach:

- 1) makrospołecznych, cywilizacyjnych uwarunkowań,
- 2) polityki społecznej, polityki zdrowotnej i tej ostatniej – społeczno-ekonomicznych uwarunkowań,
- 3) regulacji prawnych,
- 4) realnych procesów restrukturyzacyjnych, przekształceń w podmiotach leczniczych,
- 5) wymiaru podmiotowego i stosunków międzyludzkich jako podstawy usługowego świadczenia.

Problematyce badawczej i dążeniu do udowodnienia trafności sformułowanej tezy została podporządkowana wewnętrzna konstrukcja pracy. Praca składa się ze Wstępu, pięciu rozdziałów, które syntetyzują wybrane zagadnienia, i Zakończenia. Uzupełniają rozprawę bibliografia, aneks zawierający informację o prowadzonych badaniach, spis tabel, rysunków i wykresów oraz załączniki.

Ze względu na to, że praca koncentruje się również na wymiarze podmiotowym i stosunkach międzyludzkich, możliwe było wskazanie przyszłych kluczowych



Rysunek 1. Struktura ramowa pracy

problemów zarządzania podmiotem leczniczym. Wielość problemów pojawiających się na poszczególnych etapach prowadzonej analizy spowodowała, że ograniczono się do wybrania jedynie takich zagadnień, które w rezultacie umożliwiły wykazanie spójności działań reformatorskich, spójności uzyskanej dzięki przejściu od celów polityki zdrowotnej, przez restrukturyzację, przekształcenia podmiotów leczniczych, po nowe metody zarządzania. Te ostatnie dotyczą zarządzania wartością usług. Należy wziąć pod uwagę, że syntetyczne ujęcie problematyki co prawda umożliwiło przeprowadzenie logicznego wywodu, ale mogło spowodować, że niektóre zagadnienia zostały jedynie zasygnalizowane.

Ze względu na zmieniające się uwarunkowania prawne, wyjaśnienia wymaga także stosowana w pracy terminologia. *Zakład opieki zdrowotnej* oznacza odniesienie do Ustawy z 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, a pojęcie *podmiot leczniczy* do nowej Ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. *Podmiot wykonujący działalność leczniczą*, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, obejmuje zarówno podmioty lecznicze, jak i praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek. Problematiczne stało się stosowanie pojęcia *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej*, gdyż mimo że został on wprowadzony ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, ustawodawca w dalszym ciągu posługuje się tą nazwą w nowej ustawie o działalności leczniczej, z zaznaczeniem, że nowe zakłady w takiej postaci powstawać już nie mogą¹. Dlatego też w zaistniałej sytuacji każdorazowo zostanie naświetlony kontekst stosowania terminu. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza także pojęcie *szpital*, wyraźnie podkreślając, że jest to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku, art. 2].

Rozdział pierwszy poświęcony został przesłankom i uwarunkowaniom procesów tworzenia polityki społecznej, polityki zdrowotnej i systemów opieki zdrowotnej. Przedstawiono w nim także zasady funkcjonowania modeli opieki zdrowotnej na świecie oraz działania reformatorskie, prowadzone w wybranych państwach. Przeprowadzone rozważania stanowiły punkt wyjścia do rozpatrzenia kolejnych zagadnień z zakresu kształtowania się opieki zdrowotnej w Polsce.

Charakterystyce dotychczasowych działań z zakresu reformy opieki zdrowotnej w Polsce poświęcono rozdział drugi. Omówiono rolę samorządu terytorialnego jako organu założycielskiego części podmiotów leczniczych oraz uwarunkowania prawne prowadzenia działalności leczniczej i możliwości zarządzania podmiotem leczniczym.

W rozdziale trzecim skoncentrowano się na analizie dotychczasowych procesów restrukturyzacyjnych oraz wskazano możliwość przekształceń własności-

¹ Ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej wymienia sytuacje wyjątkowe, kiedy może powstać nowy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

wych podmiotów. Przeprowadzone badania empiryczne rozpoznawały możliwości kształtowania nowej metody zarządzania.

Koncentracja na wyjaśnieniu wielowymiarowości pojęcia jakości w usługach medycznych oraz przedstawienie dotychczasowych metod wdrożenia orientacji pro jakościowej do podmiotów wykonujących działalność leczniczą znalazło swoje odzwierciedlenie w rozdziale czwartym. W rozdziale tym wskazano kryteria jakości usług z perspektywy pacjentów. Przeprowadzone rozważania odnoszą się do pojawiającego się na świecie konsumeryzmu, w który włączyli się pacjenci.

W rozdziale piątym ustosunkowano się do reorientacji na wartość usług i jej wpływu na zarządzanie podmiotem leczniczym. Podkreślono istotne znaczenie zmian oczekiwań społecznych w kontekście kreacji polityki społecznej.

Każdy rozdział kończy się podsumowaniem zawierającym wnioski i spostrzeżenia z przeprowadzonej w nich analizy. Podsumowania te mają charakter porządkujący, ze względu na wielość wątków poruszanych w danym rozdziale. W Zakończeniu ustosunkowano się do sformułowanej we Wstępie pracy tezy, a także zamieszczono podsumowujące refleksje co do przyszłych kierunków zarządzania podmiotem leczniczym oraz kreowania polityki społecznej w kontekście zmian oczekiwań społecznych. Zasygnalizowano także możliwość zaimplementowania niektórych rozwiązań w zakresie zarządzania podmiotem leczniczym, sprawdzonych w innych państwach. Ponadto w Zakończeniu przedstawiono sugestie dotyczące kontynuacji badań.

Prezentowana monografia jest podsumowaniem wieloletnich zainteresowań autorki dotyczących zarządzania podmiotem leczniczym, a w szczególności zagadnień związanych z marketingiem relacyjnym, zarządzaniem marketingowym organizacjami usługowymi oraz zarządzaniem przez jakość. Poruszane zagadnienia wytyczają nowe kierunki zarządzania, przedstawiając możliwość przekształcenia podmiotu leczniczego w organizację usługową, zdolną generować wartość razem z pacjentem. Biorąc pod uwagę nowe trendy konsumeryzmu, w pracy zwrócono uwagę na możliwość wypracowania w podmiocie leczniczym kultury usługowej, w paradygmacie współpracy z klientem, oraz wskazano, jak te zachodzące u podstaw (w świadczeniach medycznych) zmiany powinny wpływać na zasady kształtowania polityki zdrowotnej.

Ostateczna wersja książki wiele zawdzięcza recenzentom, Profesor dr hab. Barbarze Iwankiewicz-Rak oraz Profesorowi dr. hab. Aleksandrowi Panasiukowi, którzy szczegółowo przeczytali maszynopis. Ich życzliwe uwagi i sugestie zmian przyczyniły się do udoskonalenia pierwotnej wersji książki oraz umożliwiły usunięcie błędów i usterek.

Rozdział 1

Spoleczne uwarunkowania systemów opieki zdrowotnej na świecie

1.1. Polityka społeczna a kształtowanie się polityki zdrowotnej

Kształtowanie się polityki społecznej w Polsce jest ściśle determinowane procesami ustrojowymi właściwymi dla okresu transformacji. W celu zbudowania strategii polityki społecznej konieczne jest określenie zasadniczych uwarunkowań jej realizacji. Dotyczą one trzech wymiarów: celowościowego, horyzontalnego oraz strukturalnego. *Wymiar celowościowy* strategii polityki społecznej wynika z przeprowadzonej diagnozy wskazującej na podstawowe problemy, jak również konstytucyjnych zasad, na których opiera się polityka społeczna, czyli zasady solidarności społecznej, zasady pomocniczości oraz zasady równych szans. *Wymiar horyzontalny* strategii polityki społecznej wynika z faktu, że stanowi ona zintegrowaną część polityki publicznej ujmującej politykę społeczną sensu largo¹, a *wymiar strukturalny* wynika z umiejscowienia priorytetów i kierunków działań społecznych zarówno w strukturze instytucjonalnej państwa, jak również w płaszczyźnie budowy społeczeństwa obywatelskiego [*Strategia polityki społecznej na lata 2007–2012* 2005, s. 20].

Rozpoczęte w latach osiemdziesiątych w krajach Europy Zachodniej i w latach dziewięćdziesiątych w krajach Europy Wschodniej i Środkowej reformy

¹ Oprócz *Strategii polityki społecznej* zostały przygotowane dokumenty tworzące szeroko rozumianą politykę społeczną, w tym *Narodowa strategia zdrowia na lata 2007–2013*. Innymi dokumentami w zakresie polityki społecznej są: *Krajowa strategia zatrudnienia na lata 2007–2013*, *Narodowy plan działań na rzecz dzieci na lata 2007–2013*, *Strategia państwa dla młodzieży na lata 2003–2012*, *Strategia rozwoju edukacji na lata 2007–2013*, *Program budowy mieszkań dla osób wymagających pomocy socjalnej 2003*, *Narodowy program stypendialny*.

sfery zabezpieczenia społecznego² skierowały uwagę badaczy i praktyków na sytuację ekonomiczną i społeczną, jednoznacznie wskazując na potrzebę ograniczania wydatków publicznych, które ze względu na rozmiary budziły słuszny niepokój [Golinowska 1996, s. 25–44]. Wywiązywanie się państwa z przyjętych funkcji w zakresie zabezpieczenia bytu obywatela określa się mianem *polityki socjalnej*, a zapewnienie mu pomyślnej ciągłości i rozwoju staje się zadaniem podstawowym *polityki społecznej* [Szarfenberg 2003, s. 36–37, za: Orczyk 2012, s. 8]. Polityka społeczna miała na tym tle zapewnić gwarancję bezpieczeństwa społecznego oraz zachęcać do zdobywania wiedzy, rozwoju inicjatywy gospodarczej, rozwoju kulturalnego i fizycznego [Rajkiewicz 1996, s. 17–18], obejmując rządowe plany i programy w zakresie edukacji, opieki zdrowotnej, zapobiegania przestępczości, zapewnienia bezpieczeństwa ekonomicznego i pomocy socjalnej [Baker 1987, za: Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 16]. W takim kontekście **polityka społeczna jest rodzajem polityki publicznej i wiąże się z instrumentalnym wykorzystaniem władzy w państwie do osiągnięcia wszechstronnego dobrobytu wszystkich obywateli, z uwzględnieniem nierówności socjalno-ekonomicznych oraz nierówności władzy między różnymi grupami obywateli** [Szarfenberg 2013, s. 34]³.

W zakres zainteresowań polityki społecznej wchodzi zagadnienia ekonomiczne, socjologiczne, polityczne i prawne. Obejmuje ona szeroki zakres złożonych zadań mających na celu gwarantowanie odpowiedniego poziomu życia ludności oraz postępu społecznego [Suchecka 2010, s. 62]. Główne aspekty działań polityki społecznej można ogólnie scharakteryzować jako: (1) ekonomiczne – zaspokojenie potrzeb rozszerzonej produkcji i racjonalne użytkowanie zasobów pracy warunkujące wzrost i rozwój gospodarczy, (2) społeczno-polityczne – zachowanie spokoju społecznego w celu utrzymania harmonijnego współdziałania we wszystkich dziedzinach różnych klas i grup społecznych, (3) moralne – urzeczywistnienie wartości etycznych regulujących stosunki międzyludzkie w różnych przekrojach, czyli naczelnymi wartościami humanistycznymi, takimi jak: godność człowieka i jego wolność, równość i sprawiedliwość społeczna, bezpieczeństwo socjalne i rozwój indywidualny [Morecka 1989]. Te założenia, zakorzenione w Polsce w czasach realnego socjalizmu, zakładające odpowiedzialność państwa

² *Zabezpieczenie społeczne* to całokształt środków i działań instytucji publicznych, przy których pomocy państwo stara się zabezpieczyć swoich obywateli przed groźbą niezaspokojenia podstawowych potrzeb, społecznie uznanych za ważne [Piotrowski 1966, s. 29]. Można przyjąć, że przykładem zabezpieczenia społecznego są: ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz pomoc społeczna.

³ Już w 1979 roku A. Rajkiewicz podał definicję polityki społecznej zawierającej najistotniejsze elementy – *polityka społeczna* to celowa działalność państwa, podmiotów samorządowych, związków zawodowych i innych organizacji zmierzająca do poprawy ogólnych warunków pracy i bytu szerokich warstw ludności, a także stosunków społeczno-kulturowych, które prowadzą do optymalnego zaspokojenia potrzeb społecznych i indywidualnych ludności [Rajkiewicz 1979, s. 30].

za dostarczanie usług obywatelom, zgodnie z istniejącym zapotrzebowaniem, pozostały w znacznej mierze hasłowo. Mimo że założenia polityki społecznej w niewielkim stopniu uległy zmianie, to jednak transformacja ustrojowa utworzyła znacząco odmienną sytuację rynkową, wzbudzając tym samym dyskusję o konieczność kreacji nowego modelu polityki społecznej, odpowiadającej rzeczywistym potrzebom obywateli w ramach gospodarki rynkowej. Zdaniem J. Orczyka, dostrzegane obecnie coraz wyraźniej powiązanie polityki społecznej z ekonomią stało się katalizatorem zmian instytucjonalnych, w wyniku których istotnie zwiększyły się możliwości realizacyjne, między innymi pozapaństwowych podmiotów polityki społecznej [Orczyk 2012, s. 9].

Zainteresowanie polityki społecznej zdrowiem wynika z wielu przesłanek. Zgodnie z tradycyjną typologią subdyscyplin polityki społecznej, ochrona zdrowia jest jedną z dziedzin zabezpieczenia społecznego. Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest elementem kształtującym poczucie bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Choroba jest główną przyczyną niepełnosprawności, która powoduje gorsze funkcjonowanie w wymiarze jednostkowym i społecznym oraz niewykorzystanie potencjału ludzkiego w rozwoju społeczeństwa [Magnuszewska-Otulak 2013, s. 201]. Zarówno w polskim, jak i w światowym piśmiennictwie pojęcie polityki społecznej w kontekście kreacji polityki zdrowotnej wiąże się z celową i zorganizowaną działalnością państwa, jego organów i współpracujących instytucji na rzecz poprawy warunków życia obywateli czy pełniejszego zaspokojenia ich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia⁴. Mimo formalnego rozdzielenia części zadań, polityka społeczna stanowi swoisty nadsystem nad realizacją polityki zdrowotnej w danych warunkach rynkowych. H. Witczak uważa, że klasycznym problemem ekonomii jest stosunek państwo – rynek. Rynek jako siła organizująca systemy społeczne i samoorganizująca nadsystem społeczny jest rozpoznawany w trzech rolach: jako czynnik główny, równoważny i podrzędny. Wynika z tego, że państwo i rynek są traktowane pod względem organizowania nadsystemu społecznego jako całość wzajemnie się uzupełniająca. Nikt nie kwestionuje roli państwa, problem jednak tkwi w jego roli i znaczeniu dla organizowania systemu [Witczak 2008, s. 91]. Zakres odpowiedzialności państwa jest niezwykle istotny przy weryfikacji realnych potrzeb obywateli, tworzy jednocześnie wytyczne do realizacji, w postaci poszczególnych typów polityki. Zdaniem N. Barra [1993, s. 22], przez realną politykę społeczną należy rozumieć te działania państwa, które w sferze zabezpieczenia i usług społecznych kształtują warunki życia jego obywateli. Jednak błędny model procesu polityki publicznej, związany z analizami ekonomicznymi uznającymi procesy rynkowe za naturalne, opiera się często na postrzeganiu

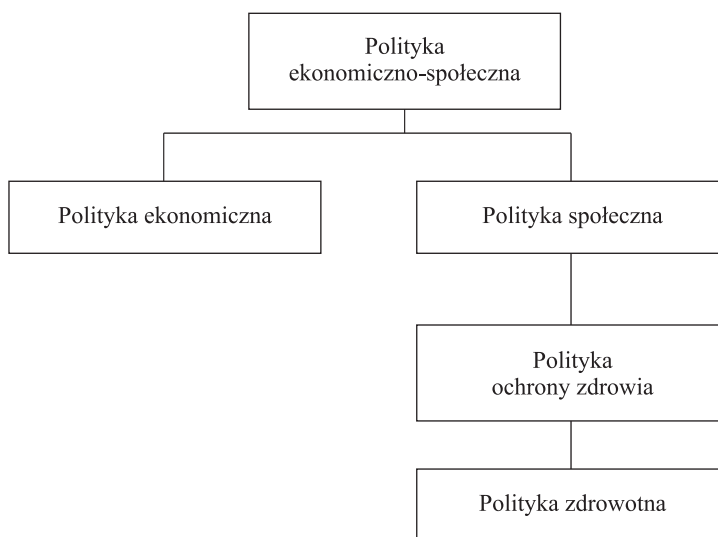
⁴ Do początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku realizacja części zadań w zakresie zabezpieczenia pomocy społecznej i opieki zdrowotnej podlegała Ministrowi Zdrowia. Dopiero Ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej zmieniła usytuowanie zadań, przenosząc odpowiedzialność za realizację i nadzór na Ministerstwo Pracy.

polityki społecznej jako interwencji zakłócającej [Hill 2010, s. 20]. Tymczasem, jak podkreśla J. Orczyk, rola polityki społecznej ulega przeobrażeniom o charakterze strukturalno-jakościowym, odzwierciedlając procesy zmian świadomości społecznej. Jest to związane przede wszystkim z rozwojem sektora usług. Prowadzi on nieuchronnie do zweryfikowania oczekiwań co do realizacji świadczeń społecznych, a jednocześnie do wzrostu znaczenia minimalnych standardów realizacji [Orczyk 2012, s. 11].

Polityka społeczna realizowana w sferze zdrowia znajduje głównie wyraz w rozwiązaniach normatywnych. Przybierają one postać: zobowiązań państwa dotyczących pomocy obywatelom, których zdrowie odbiega *in minus* od przyjętych standardów, regulacji mających zmniejszyć potencjalne zagrożenia utratą zdrowia (prewencji) oraz uświadamiania społeczeństwu możliwości zachowań wpływających na poprawę stanu zdrowia (profilaktyka) [Orczyk 2012, s. 143]. Podobnie jak polityka społeczna zaspokaja potrzeby społeczne, polityka zdrowotna w jej ramach zaspokaja potrzeby zdrowotne [Szubert 1973]. Aby poprawić oraz utrzymać pożądany stan zdrowia zarówno jednostek, jak i populacji oraz skutecznie rozwiązywać zdiagnozowane problemy zdrowotne, w każdym państwie odpowiednia polityka zdrowotna jest niezbędna [Magnuszewska-Otulak 2013, s. 208]. J. Leowski szczególnie mocno podkreśla, że polityka zdrowotna jest ważnym elementem polityki społecznej regulującej: zatrudnienie, kształcenie, kulturę, strukturę dochodów i wydatków, zabezpieczenie społeczne. Poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego jest bowiem w każdym społeczeństwie istotnym czynnikiem decydującym o poziomie zaufania lub jego braku do władzy [Leowski 2010, s. 152]. Należy podkreślić, że jeżeli poziom zdrowotności jest powszechnym dążeniem społecznym, to polityka ochrony zdrowia⁵ zyskuje szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej, jako że zdrowie wśród wartości społecznych zajmuje jedno z naczelných miejsc [Frąckiewicz 1991, s. 25]. Politykę ekonomiczno-społeczną wraz z podsystemami przedstawiono na rysunku 1.1. W tym kontekście zasadnicze znaczenie dla określenia polityki zdrowotnej państwa ma przyjęcie założeń, które pozwala wskazać, za realizację jakich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i jego obywateli odpowiada państwo i jego agendy (w tym jednostki samorządu terytorialnego), a za jakie poszczególni członkowie społeczności czy inne wyznaczone instytucje [Orczyk 2012, s. 144].

Można więc wyraźnie wskazać cele społeczne polityki zdrowotnej – jak podkreśla A. Frąckiewicz-Wronka [2001, s. 42] – obejmujące swoim zakresem niwelowanie nierówności zdrowotnych z zapewnieniem wszystkim równych szans rozwoju i ochrony zdrowia, umocnienie zdrowia, zapobieganie chorobom, zgonom

⁵ J. Kroszel definiuje *politykę ochrony zdrowia* jako dające się wyodrębnić działania podmiotów szeroko rozumianej polityki społeczno-ekonomicznej wpływające w sposób celowy lub niezamierzony na stan zdrowia społeczeństwa, obejmujące różnego typu poczynania, tak jak zróżnicowane są czynniki wpływające na stan zdrowia populacji [Kroszel 1997, s. 25].



Rysunek 1.1. Polityka ekonomiczno-społeczna i jej podsystemy

Źródło: Suchecka 2010, s. 62.

i niepełnosprawności, ale także taką organizację procesu leczenia, aby były zapewnione zarówno troska o chorego, jak i zachowanie jego godności osobistej.

1.2. Uwarunkowania realizacji polityki zdrowotnej

Pojęciem, które niewątpliwie wymaga zdefiniowania w kontekście powyższych dociekań, jest *polityka zdrowotna*. W rozważaniach politologicznych od dawna zwraca się uwagę na podwójny sens nadawany pojęciu *polityka* (w j. angielskim *policy* lub *politics*). *Policy* odnosi się do uporządkowania działań dotyczących wyodrębnionej sfery rzeczywistości albo do zbioru zasad, które służą za wytyczne podejmowania skoordynowanych decyzji, dotyczących tej sfery. Zwraca się tu uwagę na konieczność definiowania celów, przyjęcia dłuższej perspektywy czasowej i stosowania procedur planistycznych, w których należy wykorzystywać metody naukowe. Znaczenie *politics* dotyczy bardziej sprawowania władzy, jej zdobywania, utrzymywania, jej rozszerzania, działań podejmowanych w ramach sformalizowanych procedur, ale także różnorodnych aktywności nieformalnych wypełniających treść życia publicznego. Jest tu jednak mniej możliwości wykorzystywania ustaleń naukowych, a kryteria „racjonalności” dotyczą raczej skuteczności niż zgodności z naukowymi algorytmami [Włodarczyk 2010, s. 15].

Pojęcie *polityka* w znaczeniu globalnym dla państwa oznacza celową działalność dotyczącą regulacji i kształtowania wzajemnych stosunków między różnymi

grupami społecznymi, a w wymiarze międzynarodowym – między państwami i narodami, której celem jest zdobycie lub zachowanie władzy państwowej. Polityka może być rozpatrywana w dwóch wymiarach: *aspiracyjnym* (w którym są formułowane systemy wartości oraz proponowane do realizacji cele strategiczne) oraz *operacyjnym* (w którym formułowane są sposoby realizacji głoszonych celów i wartości możliwe do zastosowania w aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej, z uwzględnieniem bieżących interesów politycznych) [Leowski 2010, s. 152]. Tak więc politykę traktuje się jako działanie celowe, będące atrybutem państwa [Hill 2010, s. 20]. W monografii pt. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym* W.C. Włodarczyk dokonał porównania i skomentował definicje pojawiające się szczególnie w literaturze światowej. Jako podsumowanie swoich rozważań wskazał elementy istotne dla pogłębionej interpretacji, definiując *politykę* jako: (1) specyficzny zbiór decyzji powiązanych ze sobą w taki sposób, aby zapewnić realizację określonego programu; (2) dającą się wyodrębnić sekwencję działań skierowanych intencjonalnie na osiągnięcie określonego celu; (3) skutki aktywności podmiotów działających w dziedzinie objętej zainteresowaniami danej polityki; (4) rozwinięty program działania, zawierający cele i metody ich osiągnięcia; (5) zasady, założenia lub deklaracje, które służą za wytyczne i wskazówki przy podejmowaniu decyzji dotyczących doborów celów i doboru środków ich realizacji, (6) dający się uchwycić jako specyficzny sposób realizacji zadań przez instytucje określonego systemu, (7) dokument lub oficjalna wypowiedź zawierający postulaty realizacji któregośkolwiek ze wskazanych wyżej elementów [Włodarczyk 1996, s. 30].

Na tym tle politykę zdrowotną można zdefiniować jako⁶: dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym.

Uczestnikami polityki zdrowotnej są organy władzy, podmioty polityczne i organizacje pozarządowe. Elementami procesu mogą być decyzje o podjęciu i o niepodjęciu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane.

Elementami procesu są także tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje, czy też aktywny lub bierny stosunek do problemów.

Politykę zdrowotną można definiować nie tylko jako deklaracyjny zestaw zasad dotyczących rozdziału środków na realizację celów zdrowotnych, ale jako rzeczywisty rozkład wydatków na realizację zadań związanych z ochroną zdrowia. Można też badać, do których grup są kierowane główne działania systemu

⁶ W definicji minimum W.C. Włodarczyk [2010, s. 20 i 44] wskazuje, że *polityka zdrowotna* to proces polityczny (fragment procesu) mający związek ze zdrowiem.

zdrowotnego i w jaki sposób oraz w jakim zakresie poszczególne grupy korzystają z działań na rzecz zdrowia populacji [Magnuszewska-Otulak 2013, s. 208].

W.C. Włodarczyk definiuje *politykę zdrowotną* w dwóch kategoriach. Pierwsza z nich to *kategoria podziału zasobów przeznaczonych na osiągnięcie lub uniknięcie antycypowanych skutków zdrowotnych*. Politykę zdrowotną definiuje się wówczas albo jako rzeczywiście realizowany sposób, w jaki społeczeństwa, kraje i miasta rozdzielają zasoby pomiędzy różne formy interwencji i konkurujące ze sobą grupy ludności, albo jako zbiór zasad przyjętych przez społeczeństwo, które to zasady określają, jak dokonywana jest alokacja zasobów przeznaczonych na ochronę zdrowia, albo też określają udział w kosztach i korzyściach zdrowotnych, jakie stają się udziałem poszczególnych grup [Patrick i Erickson 1993; Lomas 1989, s. 11–24, za: Włodarczyk 1996, s. 28]. Druga kategoria to *kategoria procesu*. Polityka zdrowotna zawiera sekwencję działań, które wpływają na sytuację instytucji tworzących system opieki zdrowotnej. W takim ujęciu polityka zdrowotna to dynamiczny, interaktywny proces, polegający na projektowaniu i wdrażaniu działań kształtujących system opieki zdrowotnej [Tholl, MacNaught i Wheeler 1992, za: Włodarczyk 1996, s. 29]. Jak wskazuje J. Suchecka, celem polityki zdrowotnej jest proponowanie takich rozwiązań w skali kraju, które uzyskują akceptację z racji realnych szans na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Do zadań polityki społecznej należy nie tylko rozpoznanie rzeczywistych potrzeb społeczeństwa, ocena zasobów systemu zdrowia czy analiza i ocena sprawności działającego systemu opieki zdrowotnej, ale także ocena poziomu i jakości udzielanych świadczeń. Warto także wskazać na ocenę możliwego wykorzystania potencjału rezerw tkwiących w postępie naukowym i technicznym, kalkulację rzeczywistych kosztów leczenia oraz uświadomienie wszystkim mającym bezpośredni wpływ na promocję zdrowia, zachowania zdrowotne i ochronę zdrowia ich współodpowiedzialności za stan zdrowia społeczeństwa [Suchecka 2010, s. 64]. Realizacja wyznaczonych celów jest możliwa, jeśli ważmie się pod uwagę misję polityki zdrowotnej, realizowaną poprzez systemy wartości. Przesłaniem misji powinno być wskazanie, jakie zasady mają być realizowane przez politykę zdrowotną.

Zdaniem W.C. Włodarczyka, w analizie zagadnienia polityki zdrowotnej istotne jest wskazanie różnic między *polityką jako celową działalnością* a *polityką jako działaniami powiązаныmi z władzą*. Autor tym samym wyróżnił dwa paradygmaty⁷ polityki zdrowotnej: racjonalny i realistyczny. *Paradygmat racjonalny* miał określać tę fazę polityki zdrowotnej, która opierała się na ogólnym założeniu o możliwościach racjonalnego, zgodnie z ustaleniami wiedzy naukowej,

⁷ *Paradygmat* w rozumieniu T. Kuhna [1968] to zbiór pojęć i teorii tworzących podstawy danej nauki. Teorii i pojęć tworzących paradygmat raczej się nie kwestionuje, przynajmniej do czasu, kiedy paradygmat jest twórczo-poznawczy, tzn. za jego pomocą można tworzyć teorie szczegółowe zgodnie z danymi doświadczalnymi, którymi zajmuje się nauka [Noga 2011, s. 52].

artykułowania i rozwiązywania problemów polityki zdrowotnej. Punktem wyjścia charakterystyki paradygmatu racjonalistycznego jest obserwacja, powszechne oczekiwanie, że polityka zdrowotna będzie zawsze zmierzała do poprawy stanu zdrowia lub – jeśli poprawa nie jest możliwa – przynajmniej do zahamowania niekorzystnych trendów. *W paradygmacie realistycznym* oczywiste jest, że posiadanie władzy, a przynajmniej możliwość wywierania wpływu na podejmowane decyzje, jest niezbędnym warunkiem skutecznego realizowania celów, także celów zdrowotnych [Włodarczyk 1996, s. 58].

Polityka zdrowotna zależy od trzech głównych czynników: zmian demograficznych, postępu cywilizacyjnego i technologicznego (jak nowoczesne techniki diagnostyczne i terapeutyczne, przyrost wiedzy medycznej, a jednocześnie pojawienie się nowych zagrożeń zdrowotnych) oraz realiów ekonomicznych (ograniczenia w sektorze publicznym nakładów na zdrowie) [Leowski 1999, s. 42]. Do uwarunkowań realizacji polityki zdrowotnej nawiązuje także T. Szumlicz, wskazując na czynniki: polityczne (ukazujące, jakie miejsce zajmują problemy zdrowotne w działalności władzy ustawodawczej i wykonawczej, w programach partii politycznych, jaki jest stan zorganizowania grup wpływowych w sferze zdrowia), ekonomiczne (związane z ogólną sytuacją gospodarczą, stanem zamożności społeczeństwa, aktywnością ekonomiczną społeczeństwa, a także z poziomem bezrobocia), oraz demograficzne i zdrowotne (związane z tendencjami w rozwoju ludności, wcześniej realizowaną polityką zdrowotną) [Szumlicz 2004, s. 59].

Reasumując, jeszcze raz warto podkreślić, że rozwój polityki zdrowotnej jest ściśle uzależniony od polityki społecznej, jest jego częścią [Rajkiewicz 1979; Kroszel 1994; Włodarczyk 1996, s. 25], nie istnieje osobna polityka zdrowotna i osobna polityka społeczna, ale stanowią one jedną całość [Indulski i Leowski 1971, za: Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 37].

1.3. Kształtowanie systemu opieki zdrowotnej

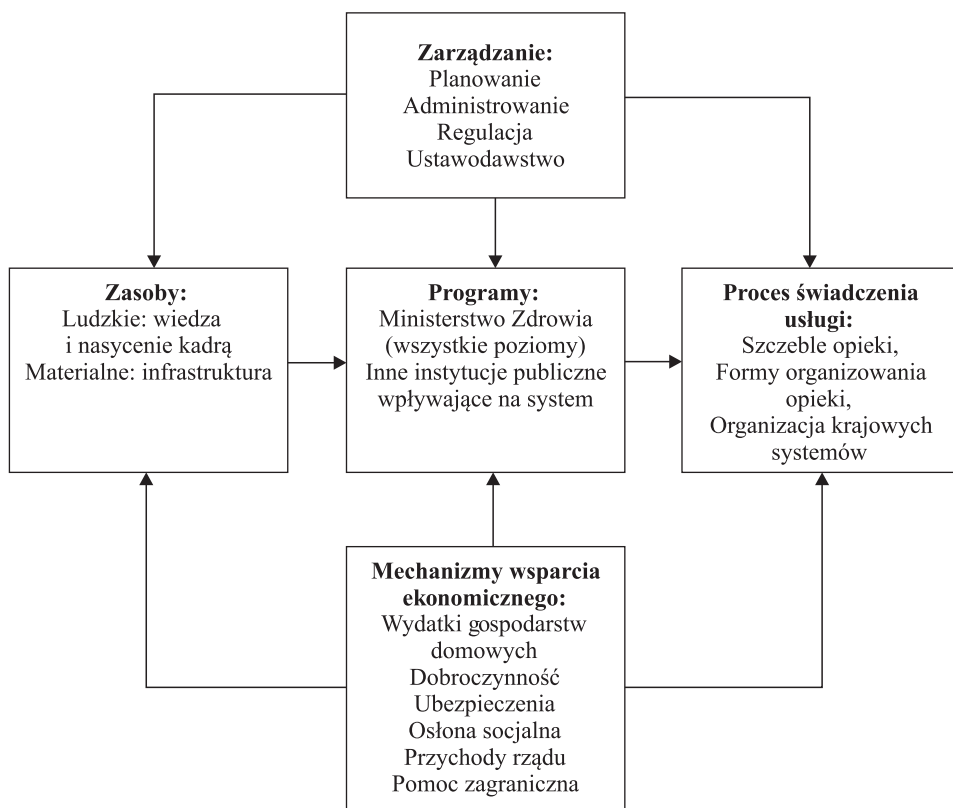
Częstym problemem, który jest poruszany przy omawianiu zagadnień związanych z ochroną zdrowia, jest swoista relacja pomiędzy polityką zdrowotną a systemem zdrowotnym. Sposób kształtowania się tych dwóch procesów, przenikanie, wzajemne zależności, są często poruszane nie tylko w polskiej, ale także w światowej literaturze⁸. Zdaniem W.C. Włodarczyka, zależności między tymi

⁸ Czołowymi przedstawicielami polskich naukowców zajmujących się systemami ochrony zdrowia oraz polityką zdrowotną są z całą pewnością: W.C. Włodarczyk, K. Tymowska, S. Golinowska, A. Frączkiewicz-Wronka, J. Leowski, a także J. Opolski i inni. Szerzej na ten temat piszą: W.C. Włodarczyk [1996; 1998; 2010], W.C. Włodarczyk i S. Poździoch [2001], S. Golinowska i in. [2002], A. Frączkiewicz-Wronka [2001, 2006], J. Leowski [2010]. W literaturze światowej na uwagę zasługują publikacje: M.I. Roemera [1993], M. Raffela [1997]; A.J. Mills i M.K. Ransona [2001], W. Jacka [1999], P.J. Feldsteina [1993] i inne.

dwoma pojęciami można rozpatrywać z dwóch perspektyw. Po pierwsze można przyjąć, że **kształt systemu zdrowotnego jest wytworem procesów polityki zdrowotnej**. Kształtowanie systemu zdrowotnego odbywa się zwykle pod wpływem licznych czynników, istotny jest tu wpływ historii, tradycji, a także ogólny klimat polityczny, skłaniający do różnych rozwiązań. W tym ujęciu polityka zdrowotna wyprzedza system. W drugim ujęciu **system opieki zdrowotnej jest postrzegany jako środowisko, w którym formułowane są idee i podejmowane są decyzje polityczne dotyczące zdrowia**. System zdrowotny w takim ujęciu jest pierwotny wobec polityki zdrowotnej [Włodarczyk 2010, s. 44]. Rozstrzygnięcie powyższego dylematu staje się tym bardziej trudne, że decyzje polityki zdrowotnej mogą kreować system lub mieścić się w ramach już wyodrębnionego i skonstruowanego systemu.

Poprzez *system opieki zdrowotnej* należy rozumieć zespół współzależnych części (ludzi, procesów, usług), które są powiązane wspólnym celem. Konieczne jest także zwrócenie uwagi na dynamikę wzajemnych współzależności [Arrington i Kurz 1998, s. 291, za: Włodarczyk 2010, s. 14]. System opieki zdrowotnej można także zdefiniować w ujęciu wskaźników efektywności i podejmowanych aktywności. M.I. Roemer [1993] podkreśla, że system opieki zdrowotnej można opisać, biorąc pod uwagę pięć elementów: zasoby, programy, mechanizmy wsparcia ekonomicznego, metody zarządzania oraz proces świadczenia usługi⁹ (rysunek 1.2). W.C. Hsiao [2003, s. 1] wziął pod uwagę inną perspektywę, opisując system opieki zdrowotnej jako przepływ pieniędzy i środków świadczenia pomiędzy świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami. Z kolei J.L. Londono i J. Frenk [1997] przedstawiają cztery podstawowe funkcje, jakie ma do spełnienia

⁹ *Zasoby* – rozumiane jako zasoby ludzkie i materialne. Materialne to: szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia, domy opieki, centra pomocy, apteki i inne formy. Ludzkie to kwalifikacje i nasycenie kadry. Do zasobów Roemer zalicza także wiedzę. *Programy* – termin ten jest mylący, dotyczy bowiem kształtu struktur instytucjonalnych odpowiedzialnych za organizowanie działań systemu. Pierwszą taką strukturą jest Ministerstwo Zdrowia lub inna instytucja pełniąca analogiczną funkcję w ramach rządu. Jego usytuowanie wobec innych ministerstw oraz pozycja i kompetencje są istotną charakterystyką systemu. Na centralnym szczeblu władzy lokowane są zwykle także inne instytucje i agendy wpływające bezpośrednio na działanie systemu zdrowotnego. Jest wśród nich Ministerstwo Finansów, Ministerstwo Pracy, Ministerstwo Gospodarki i inne. *Mechanizmy wsparcia ekonomicznego* – M. Roemer przyjmuje hipotezę o ewolucji źródeł finansowania od wydatków indywidualnych, poprzez ubezpieczenie, do źródeł podatkowych, choć dostrzega różne wahnięcia w tej tendencji. *Zarządzanie* – czynnik ten ma spełnić następujące funkcje: planowanie, administrowanie, regulacja i ustawodawstwo. *Proces świadczenia usługi* jest definiowany jako: (1) szczeble opieki: opieka podstawowa i kilka szczebli specjalistycznych, (2) formy organizowania opieki na szczeblu podstawowym: lekarze/pielęgniarki, położne praktykujące indywidualnie, praktyki grupowe, zorganizowane ośrodki zdrowia, (3) forma sprawowania opieki nad pacjentem: stacjonarna lub niestacjonarna, (4) nadbudowa instytucjonalna nad świadczeniodawcami: może ona obejmować organizowane na różnych szczeblach lokalne systemy zdrowotne, będące wyodrębnionymi fragmentami systemu krajowego (w Polsce byłyby to systemy: gminny, powiatowy, wojewódzki). Komentarz opracowano na podstawie pracy W.C. Włodarczyka i S. Poździecha [2001, s. 45–47].



Rysunek 1.2. National Health System: składniki, funkcje i zależności według M.I. Roemera

Źródło: Opracowano na podstawie: Roemer 1985 i Barton 2010, s. 6.

system opieki zdrowotnej: finansowanie, dostarczanie zasobów, kreacja warunków oraz artykulacja fundamentalnych zasad. Zdaniem M. Hilla, każdy system opieki zdrowotnej musi wyraźnie wyznaczyć granicę swojego działania. Powinien także określić rodzaj usług, których nie będzie świadczył, wykluczyć rodzaje leczenia z powodu wątpliwości co do ich skuteczności i może również, co zwykle budzi kontrowersje, wykluczyć stosowanie uporczywych terapii i drogich leków, tam gdzie szanse na uratowanie życia są niskie, a koszty wysokie. Granice mogą być przesuwane, ilekroć system napotka trudności związane z rzadkością zasobów [Hill 2010, s. 141].

System opieki zdrowotnej może być analizowany na dwóch poziomach: mikro i makro. Makroekonomiczne uwarunkowania determinują kształt sektora zdrowia, wielkość i nakłady, a uwarunkowania mikro opisują zachowania instytucji oraz gospodarstw domowych [Jack 1999; Feldstein 1993; Ackley 1961]. Uwarunkowania makroekonomiczne silnie determinują zachowania jednostek w systemie,

wpływają nie tylko na możliwość wyboru placówki świadczącej usługi, ale też na współkreację samego procesu świadczenia usługi.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organizations – WHO) definiuje system opieki zdrowotnej jako zbiór wszystkich organizacji, instytucji i zasobów przeznaczonych do działania na rzecz zdrowia. Oczywiście, definicja ta zawiera cały przekrój instytucji włączonych w organizację i finansowanie świadczeń. *World Health Report 2000* określa cztery podstawowe funkcje systemu opieki zdrowotnej, a mianowicie: zarządzanie (określone jako nadzór), finansowanie, zasoby ludzkie i infrastrukturalne oraz organizację i zarządzanie procesem świadczenia usług [WHO 2000, s. 1]. Jest to zatem formalny układ, w którym wyniki są tworzone jako osiągnięte cele dzięki wykorzystaniu lub przetworzeniu odpowiednich wkładów, czyli zasobów [Rakich, Longest i Darr 1985]. Zatem **system zdrowotny jest wyodrębnioną całością, złożoną z wielu różnorodnych elementów, powiązanych różnorodnymi więziami (między którymi zachodzą relacje), który realizuje cel związany ze zdrowiem** [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 15].

Systemy zdrowotne mogą być rozpatrywane z różnych perspektyw teoretycznych. Rozróżnia się systemy zamknięte i otwarte (ze względu na wzajemne związki między systemem a otoczeniem) oraz systemy klasyfikowane ze względu na zakres swobody w kształtowaniu własnych celów i strategii postępowania. System może być w dużym stopniu niezależny w ustalaniu swoich celów (systemy autonomiczne), może je selektywnie przystosowywać do wymagań otoczenia (systemy adaptacyjne), może wreszcie w decydującym stopniu być uzależniony od sił będących poza jego kontrolą (systemy reaktywne) [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 21].

Istotnym wkładem w porządkowanie znaczenia pojęcia i zakresu systemu jest rozróżnienie znaczenia pojęcia *system* w realnym i konceptualnym (teoretycznym) rozumieniu oraz ujęcie pojęcia *system zdrowotny* w kontekście normatywnym i opisowym, zgodnie z klasyfikacją W.C. Włodarczyka. Realne podejście do systemu oznacza, że stanowi on spójną całość, dostatecznie uporządkowaną, o dobrze zdefiniowanych wewnętrznych relacjach. Istnieje zatem zbiór elementów tworzących wyodrębnioną całość. Pomędzy tymi elementami występują silne relacje w sferze zarówno technicznej współpracy, jak i zarządzania w celu realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 17].

Jeśli pojęcie *system* jest używane w jego teoretycznym (konceptyjnym) znaczeniu, nie musi być *systemem* w sensie realnym. Przy takim podejściu poszczególne elementy i relacje systemowe są identyfikowane i definiowane przez badacza ze względu na rolę, jaką odgrywają w przyjmowaniu koncepcji systemu. Drugie rozróżnienie metodologiczne wiąże się z normatywnym i opisowym kontekstem, w którym występuje pojęcie systemu zdrowotnego. Kontekst normatywny był niepodzielnie związany z przekonaniem, że pewne tradycyjne konstrukcje

opieki zdrowotnej, występujące w niektórych państwach, stanowią idealny wzorzec budowania systemów zdrowotnych. Zwolennicy tego podejścia uznawali, że przyczyną występujących mankamentów były odstępstwa od normatywnych cech modelu. Drugie podejście metodologiczne wiązało się z opisowym ujęciem systemu zdrowotnego. Było ono związane z pojawieniem się pojęcia „reforma opieki zdrowotnej”, które to zjawisko miało na celu zmianę cech modelowych. Narzędzie to miało po pierwsze służyć analizom porównawczym i wychwycić różnice i podobieństwa między systemami, po drugie być stosowanym w analizach dokonanych na użytek zastosowań wewnętrznych [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 17]. Pojęcie *system* powinno być silnie skorelowane z celami. Określenie celów jest żmudnym procesem specyficznym dla danego kraju. Na kreację celów zwykle ma wpływ koincydencja uwarunkowań historycznych (a w ich ramach ściśle politycznych), zamożności społeczeństwa oraz możliwości organizacyjnych i strukturalnych instytucji tworzących system. Nie bez znaczenia są uwarunkowania prawne, ściśle związane z uwarunkowaniami politycznymi. Cele systemów w poszczególnych krajach mogą być nastawione na poprawę stanu zdrowia – wydłużenie przeciętnej długości trwania życia, poprawę jakości świadczeń (a więc często poprawę infrastruktury, kwalifikacji personelu, procesu obsługi pacjenta) czy też na zwiększenie efektywności działania podmiotów w ich ramach. Zdaniem W.C. Włodarczyka i S. Poździocha [2001, s. 29], w takim ujęciu **celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują, oraz używanie dostępnych zasobów, wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach.**

W zależności od stawianych celów konieczne jest zwrócenie uwagi na uwarunkowania kreujące system opieki zdrowotnej danego kraju. Są to: metody finansowania i organizacji systemu, makrouwarunkowania organizacji procesu świadczenia usługi czy też uwarunkowania prawne. Nie bez znaczenia są możliwości wypracowania zysku lub nadwyżki finansowej dla podmiotów działających w systemie¹⁰. Elementami determinującymi cele będą elementy makrootoczenia, wpływające na zachowania podmiotów leczniczych¹¹. Można wśród nich wyróżnić:

- *Czynniki demograficzne* – procesy demograficzne stanowią podstawę do określenia i wyboru głównych kierunków działania w zakresie zapewnienia odpowiedniej dynamiki rozwoju gospodarczego, społecznego, a także polityki zdrowotnej. Wiek

¹⁰ Szersza analiza wypracowanych celów w: R. Saltman i J. Figueres [1998]; W.C. Hsiao, D.L. Dunn i D.K. Verrilli [1993].

¹¹ Termin *analiza otoczenia* jest często używany zamiennie z innymi terminami, takimi jak: kontrola otoczenia, prognozowanie otoczenia, sondaż środowiska zewnętrznego. W praktyce terminu analiza otoczenia używa się do określenia szeregu czynności związanych z gromadzeniem informacji oraz ich analizowaniem w celu możliwie najlepszego przystosowania się do zmian zachodzących w otoczeniu [Thomas 1998, s. 66–71].

mieszkańców, ich płeć, miejsce zamieszkania czy wykształcenie są w dużej mierze wyznacznikami ich kondycji zdrowotnej. Są to więc czynniki, które predystynują służbę zdrowia do określonych zachowań: profilaktycznych (szczepienia, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia) lub do bezpośredniej opieki zdrowotnej (potrzeba tworzenia zakładów paliatywnych, hospicyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych)¹².

- *Zmiany struktury społecznej* – należy tu wspomnieć przede wszystkim o zmianach w systemie funkcjonowania społeczności lokalnych i w samym systemie opieki społecznej. Ponadto można zaobserwować zmieniającą się rolę i funkcję kobiet. Świadczy o tym na przykład wzrost aktywności zawodowej kobiet, rosnąca świadomość praw człowieka, w tym prawo do ochrony zdrowia. Na zmiany te wpływa również zakres odpłatności za opiekę zdrowotną, zasobność funduszy społecznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, zamożność korzystających z opieki zdrowotnej, utrata lub zmniejszenie dochodów w czasie choroby, rosnąca sfera ubóstwa, pogłębiające się rozwarstwienie pomiędzy bogatymi a biednymi, co wiąże się z wyborem opieki zdrowotnej oraz świadomością potrzeby takiej opieki.
- *Czynniki polityczne* – w Polsce zmiany, które zachodzą w opiece zdrowotnej, są ściśle związane z życiem politycznym, niekiedy nawet z kalendarium wyborczym. W toku prac reformatorskich można było zaobserwować, że każda partia polityczna po części wpływała na ostateczny kształt reformy. Rynek i konkurencja wraz z wyborem płatnika były lansowane przez partie uchodzące za prawicowe, a regionalizacja i administracyjna kontrola wydatków były akceptowane przez ugrupowania lewicowe [Włodarczyk 1999]. Ponadto

¹² W końcu 2010 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,2 mln osób, jednocześnie wstępne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań wykazały, że w dniu 31 marca 2011 roku w Polsce mieszkało 38,3 mln osób. Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od 1984 roku – prostej zastępowalności pokoleń. Od 1989 roku utrzymuje się okres *depresji urodzeniowej*. W 2010 roku współczynnik dzietności wyniósł niespełna 1,4 i jest to o 0,16 punktu procentowego więcej niż w 2003 roku, w którym wskaźnik ten był najniższy od ponad 50 lat, ale obecny poziom dzietności jest w dalszym ciągu niższy o około 0,75 punktu procentowego od wielkości optymalnej, określanej jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego. Najbardziej korzystną sytuację demograficzną określa dzietność kształtująca się na poziomie 2,1–2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio 210–215 urodzonych dzieci; obecnie jest to 138 dzieci (w miastach 131, na wsi 149). Ekonomicznym wyrazem tych zmian jest wynik wymiany generacji („wchodzenie ludności w wiek produkcyjny i przejście z niego do roczników wieku poprodukcyjnego oraz liczba zgonów ludności w wieku produkcyjnym i saldo migracji zagranicznych ludności w tym wieku), który w 2010 roku osiągnął już wartość ujemną –9,2 tys. osób (w 2002 roku wynosił jeszcze +220 tys., a w 2009 roku – już tylko +34 tys.). Oznacza to, że w następnych latach sytuacja ta będzie się pogłębiać. Do tego należy dodać także inne niekorzystne dla rynku pracy tendencje, tzn. starzenie się zasobów pracy, czego wyrazem jest relacja udziału tych zasobów w wieku tzw. mobilnym i niemobilnym. W roku 2010 obserwowujemy przyspieszenie tempa starzenia się ludności Polski. Jeszcze w 2002 roku przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł 330,6 tys. osób, a w 2010 roku – już 405,6 tys. osób [Sobczak 2011, s. 6–7].

należy zaznaczyć, że celem reformy opieki zdrowotnej w Polsce było rozdzielenie sfery polityki od sfery finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej. W praktyce okazało się jednak, że dawne kasy chorych oraz organy założycielskie były silnie upolitycznione, co powodowało duże rozbieżności w realizacji polityki zdrowotnej na danym terenie. Nieco inaczej wyglądało przygotowanie i wdrożenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zasadnicza część reformy z uchwaleniem ustawy przypadła w udziale koalicji SLD-PSL, a nowelizacja ustawy w 1998 roku była dziełem koalicji AWS-UW i oznaczała w istocie potwierdzenie głównych założeń zmiany systemu opieki. Można więc powiedzieć, że ustawa ta była rezultatem ponadpartyjnej zgody. Jednak działania SLD-owskiego ministra zdrowia w latach 2001–2002 spowodowały odwrót od reformy.

- *Czynniki prawne* – ustawami, które wpływają na działalność zakładów opieki zdrowotnej, są między innymi: ustawa o działalności leczniczej (wcześniej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej), ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich, o zawodach pielęgniarki i położnej.
- *Czynniki ekonomiczne* – analizując wpływ czynników ekonomicznych, należy zwrócić uwagę na takie wskaźniki, jak: poziom inflacji, poziom stóp redyskontowych czy też wielkość PKB.
- *Czynniki technologiczne* – szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia, w szczególności w informatyce, elektronice, telekomunikacji itd., wpływa na postęp w medycynie, a więc także wskazuje na nowe ścieżki leczenia. Przykładem wpływu czynników technologicznych na rozwój medycyny jest telemedycyna. Obszar zastosowań obejmuje: telekonferencje medyczne, telekonsultacje specjalistyczne, zdalne sterowanie zabiegami operacyjnymi, monitorowanie krzywych życiowych (np. EKG) pacjenta oraz systemy baz danych [*Telemedycyna 2001*, s. 1–2 i 4].

– *Czynniki ekologiczno-geograficzne* – w tej grupie istotna jest sytuacja ekologiczna, a więc zanieczyszczenie powietrza, wody, żywności, stan równowagi ekologicznej. Istotna jest także lokalizacja zakładów, która niejednokrotnie przesądza o zakresie świadczonych usług (np. otwieranie oddziałów ratunkowych). J. Leowski [2010, s. 72] podkreśla, że system powinien spełniać uzasadnione oczekiwania społeczeństwa, do których należą: poszanowanie godności osobistej pacjenta, zapewnienie podstawowych warunków komfortu przy uzyskaniu potrzebnego świadczenia zdrowotnego i sprawiedliwe w odbiorze społecznym obciążenie kosztami systemu. Zadania systemu zostały przedstawione w tabeli 1.1.

Z kolei W.C. Włodarczyk wskazuje następujące cele każdego systemu opieki zdrowotnej: (1) zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różniące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe czy geograficzne (dostępność

Tabela 1.1. Włączenie priorytetów świadczenia usługi w system opieki zdrowotnej

Cechy istotne w procesie świadczenia usługi	Zadania systemu opieki zdrowotnej
Instytucjonalność	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnia ramy prawne tworzenia i funkcjonowania organizacji w ramach systemu, – rozwija i wskazuje na możliwy system zarządzania i finansowania w ramach organizacji
Wpisanie się w obowiązujące standardy/wytyczne	<ul style="list-style-type: none"> – poszukuje spójności kwantyfikowania usług, poprzez wypracowanie standardów medycznych, porównywalnych systemów zarządzania (np. ISO czy akredytacja), systemów informatycznych itp., – pozyskuje wpływowe instytucje do włączania się i propagowania idei wypracowanych przez system opieki zdrowotnej
Społeczny charakter	<ul style="list-style-type: none"> – poszerza zaangażowanie i wpływ (współdział) pacjenta na tworzenie się systemu
Zdrowotność	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnia silny nadzór państwa, – zapewnia świadczenie usług dla najbiedniejszych, – prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, – zapewnia system finansowania, w ramach którego dostarczana jest podstawowa opieka zdrowotna, – prowadzi nadzór poprzez organy samorządu terytorialnego nad kwalifikacjami personelu medycznego (wydawanie, zawieszanie prawa wykonywania zawodu)

Źródło: Opracowano na podstawie: *Health Systems Strengthening* 2005, s. 5.

opieki medycznej), (2) zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do stanu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia), (3) organizowanie opieki medycznej w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów finansowych, materialnych i osobowych – bazy opieki zdrowotnej, środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadry medycznej oraz jej kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej rozumiana jako produktywność, racjonalność i skuteczność), (4) systematyczne wdrażanie działań doskonalących system (dynamika systemu) oraz zwiększających satysfakcję użytkowników (biorców świadczeń medycznych), jak i personelu realizującego usługi i świadczenia, (5) zatrudnienie fachowej kadry przygotowanej do działania w odpowiednich dziedzinach ochrony zdrowia (zasada kompletności) [Włodarczyk 1996, s. 105–106; Frąckiewicz 1991, s. 29].

System ochrony zdrowia nie tylko realizuje wyznaczone cele, ale także spełnia funkcje pracodawcy, stanowiąc ważną część istniejącego w każdym kraju rynku pracy, istotnego regulatora poziomu bezrobocia. Dodatkowo kreuje zapotrzebowanie na dobra, wpływając na wytwórców tych dóbr, na przykład w zakresie aparatury diagnostyczno-leczniczej, sprzętu rehabilitacyjnego czy infrastruktury

(budynki, wyposażenie) placówek. System pełni także funkcje kształceniowo-wychowawcze obejmujące kształcenie i ustawiczne dokształcanie personelu medycznego wszystkich kategorii, personelu opiekuńczego i rosnącej liczby zawodów technicznych. Wspomnieć należy o funkcjach politycznych, albowiem jakość systemu ochrony zdrowia jest w każdym kraju istotnym elementem gry politycznej, jest źródłem poparcia lub sprzeciwu dla działań władz zarówno lokalnych, jak i państwowych [Leowski 2010, s. 73].

Ponadto współczesne systemy zdrowotne, odpowiadają za sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej: wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do co najmniej podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz powinny istnieć gwarancje, że w zakresie usług finansowanych publicznie osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób. Systemy są odpowiedzialne również za ochronę dochodów. Pacjenci nie mogą być narażeni na wydatki, których wielkość stanowiłaby bezpośrednie zagrożenie dla poziomu ich życia, a sposób ochrony powinien uwzględniać indywidualną zdolność do płacenia (występują tu trzy rodzaje mechanizmu: ubezpieczenie – bo zachorowania są nieprzewidywalne, oszczędności – ponieważ starsi potrzebują więcej świadczeń niż młodzi, redystrybucja dochodu – bo częściej chorujący są zwykle także biedniejsi). Istotna jest także makroekonomiczna efektywność, która polega na przeznaczeniu jedynie odpowiedniej wielkości środków na opiekę zdrowotną w dzielonym produkcie krajowym brutto, oraz mikroekonomiczna efektywność: efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe, biorąc pod uwagę dostępne środki, co oznacza, że właściwy zestaw świadczeń powinien być produkowany za możliwie najniższą cenę. Nie bez znaczenia jest swoboda wyboru konsumentów, dająca im możliwość decydowania, z czyich usług chcieliby skorzystać na poziomie podstawowym, a także – w pewnym zakresie – na poziomie specjalistycznym. Swoboda wyboru powinna być rozszerzona także o wybór płatników (prywatne ubezpieczenie) [van Kemenade 1997, za: Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 31].

Oczywiście, nie ma takiego systemu, który zaspokoiłby potrzeby wszystkich. Niezależnie od nakładów ponoszonych na opiekę zdrowotną, nawet przy współczesnym rozwoju i postępie w technologiach medycznych popyt na usługi będzie w znacznym stopniu przewyższał ich podaż. Istotne staną się określenie i realizacja priorytetów działań podejmowanych w dziedzinie zdrowia. E. Hibner podkreśla, że w zakresie finansowania istotny wpływ na realizację zadań w ochronie zdrowia ma charakter i struktura systemu finansowego (ubezpieczeniowy – zaopatrzeniowy, scentralizowany – zdecentralizowany), procedury tworzenia i wykonywania budżetu, nadzór nad środkami finansowymi i sposób ich gromadzenia. W zakresie czynników politycznych o priorytetach mogą decydować preferencje wyborców i programy partii politycznych, a także skutki podjętych wcześniej decyzji dotyczących na przykład inwestycji w infrastrukturę [Hibner 2003, s. 67–68].

1.4. Problematyka polityki zdrowotnej i systemów opieki zdrowotnej w świetle literatury przedmiotu

Pierwsze wzmianki w publikacjach odnoszące się do poprawy stanu zdrowia ludności w korelacji z ich potrzebami, można znaleźć już w 1842 roku w pracy E. Chadwicka, który wydał raport zatytułowany *Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*. Raport ten nie tylko przyczynił się do poprawy sytuacji najbiedniejszych, ale zwrócił uwagę na niedoskonałości ustawowego zagwarantowania świadczenia usługi medycznej. Sto lat później idea została przechwycona przez W. Beveridge'a [1942], który przedstawił wizję nowoczesnego państwa opiekuńczego, gdzie finansowanie opieki zdrowotnej powinno się odbywać ze środków publicznych. Podczas gdy w Wielkiej Brytanii i części Europy zaczęły się konstituować systemy opieki zdrowotnej zorientowane na zagwarantowanie społecznej równości, w Stanach Zjednoczonych osoby odpowiedzialne za tworzenie systemu opieki zdrowotnej coraz bardziej były zaniepokojone rosnącymi jej kosztami. W 1932 roku Committee on the Costs of Medical Care (Zespół ds. Kosztów Opieki Medycznej) opublikował 28. raport pt. *Medical Care for American People (Opieka medyczna dla narodu amerykańskiego)* [Committee on the Costs of Medical Care 1932], który rekomendował krajowe ubezpieczenia, grupowe praktyki i planowanie polityki zdrowia. Nieprzerwany wzrost kosztów w opiece zdrowotnej sprawił, że w dalszym ciągu poszukiwano rozwiązań, w jaki sposób świadczyć usługę zdrowotną przy jednoczesnym kontrolowaniu kosztów. Znamienna była praca opublikowana w 1988 roku przez A.C. Enthovena, w której dokonano próby nie tylko przedstawienia tego zagadnienia, ale także zaproponowano rozwiązania [Enthoven 1988].

W międzyczasie zespoły odpowiedzialne w Wielkiej Brytanii za kierunek polityki zdrowotnej dokonywały analizy funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Znaczącym opracowaniem była publikacja R. Titmussa [1970] odnosząca się do funkcjonowania krwiodawstwa i tworzenia polityki społecznej zatytułowana *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. Publikacja R. Titmussa sprowokowała nie tylko liczne polemiki na temat funkcjonowania opieki społecznej, ale także spowodowała prowadzenie kolejnych badań w tym zakresie. W 1980 roku z niechęcią opublikowano raport komisji rządowej *Inequalities in Health*, który nie tylko potwierdzał nierówność w dostępie do usług, a tym samym wpływ na przeżywalność niektórych grup w społeczeństwie, ale wyrażał także zaniepokojenie wydajnością i funkcjonowaniem ówczesnego systemu [Black 1980]. Znaczące dla kolejnych prac było opracowanie A.C. Enthovena [1985], który sugerował wprowadzenie mechanizmów konkurencji do publicznego systemu opieki zdrowotnej (co dało impuls do tworzenia wewnętrznego rynku).

W czasie gdy toczyły się dyskusje na temat samej kreacji systemów opieki zdrowotnej, zajmowano się także kwestiami organizacji i dostarczania usługi zdrowotnej. Pierwsze znaczące publikacje to zapiski F. Nightingale *Notes on Hospitals* [1859] i *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not* [1860]. W swoich notatkach podkreślała silnie konieczność kształcenia kadry pielęgniarskiej. Stworzyła podstawy nauki o pielęgniarstwie, definiując jej istotę, oraz uplasowała człowieka nie tylko w pielęgniarstwie, ale także w epidemiologii i ekologii. F. Nightingale przyczyniła się do przekształcenia szpitali z przytułków dla ubogich w miejsca leczenia i pielęgnacji pacjentów, a w 1961 roku E. Goffman w swojej pracy *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* [1961] zwrócił uwagę na sytuację więźniów i osób psychicznie chorych w zakresie organizacji dla nich opieki zdrowotnej.

Tak jak istotnym zagadnieniem jest właściwe ukonstytuowanie systemu opieki zdrowotnej, podobnie na uwagę zasługuje tematyka związana z jakością usług medycznych, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, co znalazło odzwierciedlenie w pracach badaczy i w monografiach poświęconych temu tematowi. A. Fexner [1910] podkreślał konieczność zwiększenia nacisku na kształcenie kadr medycznych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Ważność tej problematyki poruszał także E. Codman, który jako chirurg w swoich opracowaniach zwracał uwagę na istotność obserwacji pacjenta w trakcie hospitalizacji i wysuwania wniosków co do skuteczności (lub jej braków, w powiązaniu z przyczynami) leczenia [Codman 1916]. Współczesne rozumienie i definiowanie pojęcia zapewnienia jakości pojawiło się w latach siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych za sprawą A. Donabediana¹³. W publikacji *Concepts of Health Care Quality: A Perspective* [Donabedian 1974] badacz wskazał na wyznaczniki systemu zapewnienia jakości. Zagadnienie wielokrotnie dyskutowane i omawiane, znajduje swoje odzwierciedlenie także w pracy D. Barwicka, A. Godfrey'a i J. Roessnera [1990] *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. Znaczenie poprawy jakości świadczonych usług zostało mocno zaakcentowane w 1999 roku w publikacji Institute of Medicine – *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Kohn, Corrigan i Donaldson 1999] eksponującej zagrożenie, jakie niesie ze sobą zjawisko jatrogenyzy. Dwa lata później Instytut pogłębił swoje wątpliwości w publikacji: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [Institute of Medicine 2001]¹⁴. Oczywiście, dyskusje na temat zapewnienia jakości pociągały za sobą dalsze: dotyczące relacji profesjonalista – pacjent, asymetrii informacji, odczuć pacjenta, zwłaszcza w stanach terminalnych przy opiece paliatywnej; warte są tu przytoczenia publikacje E. Kubler-Ross *On Death and*

¹³ W listopadzie 2000 roku, po śmierci A. Donabediana, R. Suñol [2000] nazwała go pierwszym architektem systemów zapewnienia jakości w szpitalach.

¹⁴ W publikacjach tych wskazuje się, że systemy opieki zdrowotnej są złożonymi systemami adaptacyjnymi.

Dying [1970], I. Illicha, *Medical Nemezis* [1975]¹⁵ czy E. Fiedsona *Profession of Medicine* [1975].

Literatura z zakresu systemu opieki zdrowotnej, jej organizacji i problemów pojawiających się w jej wnętrzu jest przebogata. Zaprezentowano więc jedynie te pozycje i dokonania, które mogły mieć fundamentalne i przełomowe znaczenie w procesie jej ciągłego doskonalenia [Black i Neuhauser 2006]. Powyższe znaczące publikacje w zakresie opisu systemu opieki zdrowotnej należy rozszerzyć o dodatkowe wydarzenia, które miały wpływ na kształtowanie się także polityki zdrowotnej. W.C. Włodarczyk [1996, s. 19–21] przytacza:

- pozycję opracowaną pod kierownictwem M. Lalonda dotyczącą koncepcji *pól zdrowia*, która została przyjęta jako teoretyczna podstawa kanadyjskiej polityki zdrowotnej, a następnie stała się punktem wyjścia budowania europejskiej strategii Zdrowie dla Wszystkich (ZDW) [Lalond 1978; WHO 1986]¹⁶;
- zbiór tekstów pod red. J. Knowlesa *Lepsze działanie, gorsze samopoczucie* [Knowles 1977], dających nowy obraz polityki zdrowotnej, w której jest duży rozdźwięk między poprawą sytuacji mierzoną obiektywnymi wskaźnikami a dyssatisfakcją społeczną;
- przyjęcie w 1977 roku przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia rezolucji, w której uznano, że nadrzędnym celem polityki społecznej realizowanej przez wszystkie rządy reprezentowane w WHO powinno być dążenie do zapewnienia wszystkim obywatelom takiego stanu zdrowia, jaki umożliwi im sensowne i twórcze funkcjonowanie w społeczeństwie [WHO 1978]¹⁷;
- wprowadzenie w 1983 roku w Stanach Zjednoczonych nowych zasad finansowania szpitali współpracujących z federalnym programem opieki zdrowotnej Medicare;
- przyjęcie w roku 1984 przez Komitet Regionalny WHO dla Europy dokumentu przedstawiającego 38 celów, które powinny być realizowane przez wszystkie kraje regionu; wykorzystano tam koncepcję *pól zdrowia*, proponując zrównoważone oddziaływanie na czynniki obecne na wszystkich polach determinacji zdrowotnych jako najbardziej racjonalną strategię poprawy stanu zdrowia [WHO 1986];

¹⁵ W książce postawiono tezę o negatywnym wpływie systemów medycznych na zdrowie ludzi. Autor twierdził, że współczesna medycyna, zdejmując z ludzi odpowiedzialność za zdrowie, prowadzi do intensyfikacji naturalnych procesów chorobotwórczych. Termin *jatrogeneza* został znacznie rozszerzony, by opisać skutki działań medycznych w skali społecznej [za: Włodarczyk 1996, s. 19].

¹⁶ Koncepcja ta jest najważniejszym narzędziem rozumienia procesów warunkujących stan zdrowia dzięki rozróżnieniu czynników genetycznych oraz związanych ze środowiskiem, zachowaniem i służbą zdrowia.

¹⁷ Hasło „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” stało się najważniejszym przesłaniem polityki zdrowotnej.

- 1984 rok, konferencję poświęconą podsumowaniu dorobku związanego z badaniem służby zdrowia (*health services research*) dającą przegląd wyników empirycznych analiz, wykorzystywanych w polityce zdrowotnej;
- prace A.C. Enthovena [1985; 1988] wprowadzające pojęcie *rynku wewnętrznego* jako kluczowego elementu zmian mających doprowadzić do zwiększenia efektywności działania;
- wyniki pierwszej konferencji w roku 1986 skutkujące wydaniem tzw. karty otawskiej [*Ottawa Charter* 1992] przedstawiającej nową wizję polityki zdrowotnej, w której jednostki i społeczeństwa podejmują działania na rzecz zdrowia;
- *Raport Dekkera* (z 1987 roku) w którym zaproponowano reformę opieki zdrowotnej w Holandii [*Changing Health Care in the Netherland* 1988] – zalecono tam: wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia dla wszystkich obywateli, wprowadzenie zasady konkurencyjności między ubezpieczycielami, przy zagwarantowaniu podstawowego koszyka świadczeń dla wszystkich. Znamienną cechą holenderskiego systemu opieki zdrowotnej jest jego historycznie ukształtowana struktura, którą tworzą trzy wyodrębnione elementy: opieka długoterminowa, opieka medyczna i ubezpieczenia suplementarne (uzupełniające). Wyraźny akcent położono na rozwiązania legislacyjne funkcjonujące w systemie prawa prywatnego. Przyjęty model legislacyjny uwydatnia nacisk polityczny na poprawę efektywności i stymulowania konkurencji w sektorze ochrony zdrowia, element publiczny zapewnia niezbędny poziom ochrony interesu społecznego. Trzecim filarem jest prywatny charakter opieki zdrowotnej. W Holandii opiekę zdrowotną zapewniają prywatne podmioty działające nie dla zysku. Zasadnicze znaczenie dla poprawy efektywności jego działania miało wprowadzenie składki nominalnej (1989), zasady *open enrolment* (1992; zasada ta oznacza, że ubezpieczyciele działający na rynku mają obowiązek udzielania ochrony ubezpieczeniowej każdej zgłaszającej się osobie, niezależnie od jej wieku, płci, wykształcenia, zatrudnienia czy stanu zdrowotnego), selektywnego kontraktowania (1994) oraz systemu wyrównywania ryzyka w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (1991). Zasadniczymi elementami nowego systemu ochrony zdrowia w Holandii są: jednolity system obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego dla wszystkich obsługiwanych przez prywatnych ubezpieczycieli; możliwość zmiany raz w roku ubezpieczyciela i polisy ubezpieczenia zdrowotnego; zasada *open enrolment*; składka nominalna kalkulowana na zasadzie *community rating*; subsydiowanie osób starszych i części populacji obciążonej szczególnie wysokim ryzykiem zdrowotnym przez system wyrównywania ryzyka; dobrowolny wkład własny do wysokości 500 euro rocznie; ubezpieczyciele konkurujący różnymi wariantami ubezpieczenia podstawowego i suplementarnego; ubezpieczyciele działający jako nabywcy świadczeń zdrowotnych w imieniu osób ubezpieczonych, a nie jedynie płatnicy; wzmocnienie roli lekarzy rodzinnych; selektywne kontraktowanie; tworzenie sieci preferowanych dostawców; stopniowe wprowadzenie

konkurencyjności zarządzanej (*managed competition*) [*Health Insurance in The Netherlands* 2005, za: Leśniewska 2009, s. 133];

- walijski program wielosektorowej polityki zdrowotnej z roku 1989 [*Strategic Intent* 1989]; został przygotowany przy współudziale usługobiorców;
- amerykański program wielosektorowej polityki zdrowotnej z roku 1990, przygotowany dzięki skoordynowaniu współpracy ośrodków akademickich i badawczych, grup ekspertów i zainteresowanych instytucji [*Healthy People* 1990];
- antologię najlepszych i najbardziej wpływowych publikacji mających znaczenie dla polityki zdrowotnej opublikowaną w 1992 roku [White i in. 1992];
- Raport Banku Światowego o sytuacji zdrowotnej ludności rozpatrywanej w skali globalnej i o zalecanych decyzjach politycznych zorientowanych na poprawę zdrowia [*World Development Report* 1993];
- raporty przygotowane przez OECD na temat procesów reformowania opieki zdrowotnej w różnych krajach [OECD 1992 1994; Docteur i Oxley 2003].

W raporcie opublikowanym przez *The Milbank Quarterly, Large – System Transformation in Health Care: A Realist Review* [Best i in. 2012] wskazuje się jeszcze dodatkowo na kolejne znaczące publikacje. Jedną jest praca C.T. Tuohy’ego [1999], który dokonał przeglądu systemów opieki zdrowotnej w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Holandii. Autor ten wskazał na wpływ różnych rozwiązań na tworzenie się systemu opieki zdrowotnej w kontekstach politycznych. Istotne są także publikacje zamieszczone na łamach „British Medical Journal”, traktujące o poprawie i transformacji systemów ochrony zdrowia [Plsek i Greenhalgh 2001; Plsek i Wilson 2001; Zimmerman, Lindberg i Plsek 1998]. Publikacje, które się ukazywały na rynku wydawniczym, nie tylko wskazywały na sposób skomplikowania rozwiązań w ramach systemów opieki zdrowotnej (wzajemnych relacji i powiązań instytucjonalnych, wpływu polityki), ale także podkreślały konieczność wykorzystywania wewnętrznej kreacji pracowników, którzy, dostosowując się do zmieniających się warunków, potrafią podejmować nowe inicjatywy w celu osiągnięcia i podnoszenia jakości [Lanham i in. 2009]. Znaczący był także projekt KAST (*The Knowledge to Action for System Transformation*), dzięki któremu dokonano przeglądu i systematyzacji wiedzy na temat transformacji systemów¹⁸.

Nie sposób nie wspomnieć o reformie zdrowia w Stanach Zjednoczonych według założeń B. Clintona, a później B. Obamy. Reforma, którą udało się wprowadzić prezydentowi B. Obamie, zakłada objęcie ubezpieczeniem od 2014 roku 45 mln Amerykanów nieposiadających żadnego ubezpieczenia oraz ograniczenie rosnących kosztów ubezpieczeń obecnie oferowanych na rynku¹⁹.

¹⁸ Projekt KAST był finansowany przez Canadian Institutes of Health Research (projekt był prowadzony w okresie: kwiecień–wrzesień 2010 roku).

¹⁹ Szerzej o reformie w podrozdziale 1.5.

1.5. Modele opieki zdrowotnej na świecie – istota i konwencje objaśniające

W krajach europejskich funkcjonuje wiele systemów zabezpieczenia społecznego, co wynika z różnych uwarunkowań ekonomicznych, demograficznych, historycznych i kulturowych. Różnice między systemami dotyczą głównie zasad finansowania, zakresu przysługujących świadczeń oraz warunków nabywania do nich uprawnień. Europejska koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego akceptuje rozbieżności istniejące między poszczególnymi systemami i wprowadza instrumenty prawne pozwalające na ich współistnienie [Radzik-Kazenas 2003]. Różnice w poziomie rozwoju gospodarczego oraz różnice polityczno-ideologiczne stanowią obecnie, bez względu na rodzaj systemu, główne determinanty funkcjonowania w świecie systemów ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę to kryterium, można wyodrębnić: model państwa opiekuńczego, model rynkowy, model krajów przechodzących transformację, model krajów rozwijających się oraz będący w zaniku model socjalistyczny. Jest to oczywiście podział umowny, ze względu na to, że warunki otoczenia determinują ciągły proces reformatorski [Leowski 2010, s. 114].

Na tym tle systemy opieki zdrowotnej na świecie mogą być analizowane jednocześnie w trzech nurtach. Nurt pierwszy to analizy dokonywane z perspektywy międzynarodowej, także badania porównawcze, gdzie *system zdrowotny* wyróżnia rzeczywistość ochrony zdrowia określonego kraju w stosunku do innych krajów. Obiektem zainteresowań są podobieństwa i różnice w strukturach i efektach działań systemów porównywalnych krajów [Roemer 1993]. Nurt drugi to badania systemów poszczególnych krajów z punktu widzenia ich specyficznej sytuacji, zwłaszcza zdolności do efektywnej realizacji stawianych przed systemem celów [Gold 1999]. W trzecim nurcie pojęcie systemu jest stosowane jako narzędzie modelowej analizy, w którym dokonuje się syntezy cech różnych systemów krajowych [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 13]. Współczesne systemy powinny być na tyle elastyczne, by skutecznie dostosowywać się do dynamiki zmian epidemiologiczno-demograficznych, a jednocześnie by sprostać wyzwaniom narzucającym przez proces rozwoju technologicznego i postępu naukowego w medycynie. Czynniki te wymuszają konieczność ciągłego dopasowania do zmieniających się potrzeb i możliwości. W poszukiwaniu najbardziej efektywnych rozwiązań, państwa w sposób ciągły inicjują reformy w tym obszarze [Leśniewska 2009, s. 128].

Opisując zagadnienia związane z systemem opieki zdrowotnej, używa się pojęcia *model systemu*. Termin ten stosowany jest w dwojakim znaczeniu. Po pierwsze jest syntetycznym opisem systemu określonego kraju lub grupy krajów, których systemy – zgodnie z założeniami stosowanego modelu – są dostatecznie podobne. Po drugie jest narzędziem porównywania systemów funkcjonujących w różnych krajach [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 79]. Stosując pierwsze

rozumienie modelu, możemy rozróżnić czteropodziałowy podział systemów: model Bismarcka (niemiecki), model Beveridge'a (brytyjski), model Siemaszki (rosyjski) i model rezydualny (amerykański). Ogólne cechy systemów przedstawiono w tabeli 1.2.

M. Sanecki podaje, że istnieją cztery źródła finansowania opieki zdrowotnej: z podatków ogólnych zasilających budżet państwa, z poboru składki obligatoryjnego ubezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, z dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ze współpłaty pacjenta. Ze względu na to, że coraz bardziej zacierają się ostre granice pomiędzy poszczególnymi systemami, trudno jest dokonać jednoznacznej typologii tych systemów. Poszczególne kraje zapożyczają od siebie poszczególne elementy, przez co powstają hybrydowe modele opieki zdrowotnej, trudno poddające się klasyfikacji [Sanecki 2011, s. 32–33]. Stąd też M. Sanecki uważa, że europejskie systemy opieki zdrowotnej można przedstawić według następującej typologii: (1) modele oparte na modelu Bismarcka (modele ubezpieczeniowe), których podstawą jest nadal stabilne finansowanie ze składek ubezpieczenia zdrowotnego (Austria, Niemcy, Francja, Szwajcaria, Benelux, Holandia); (2) modele oparte na modelu Bismarcka, będące obecnie w różnym stadium transformacji, na przykład Izrael z czterema funduszami quasi-HMO (Health Maintenance Organizations), wzorowanymi na amerykańskim modelu kierowanej opieki zdrowotnej (po reformie z 1995 roku model izraelski przekształca się sukcesywnie w obligatoryjny system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, uzupełniony dobrowolnymi dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi); (3) modele oparte na modelu Beveridge'a (modele budżetowe), których podstawą jest stabilne finansowanie z podatków ogólnych zasilających budżet państwa (Wielka Brytania, Dania, Irlandia i coraz bardziej zbliżające się do tego modelu kraje skandynawskie: Islandia, Norwegia, Szwecja, Finlandia); (4) modele będące w trakcie transformacji, które odeszły już od modeli ubezpieczeniowych i systematycznie zmierzają w kierunku pełnych modeli budżetowych (Włochy, Grecja, Hiszpania, Portugalia); (5) modele budżetowe nadal historycznie związane z modelem Siemaszki (w większości krajów byłych republik dawnego ZSRR) oraz (6) modele budżetowe przekształcające się w modele ubezpieczeniowe (w krajach europejskich, którym po drugiej wojnie światowej narzucono model Siemaszki: są to w większości nowe kraje Unii Europejskiej). Poza tą listą jest amerykański model wolnej przedsiębiorczości (lesekeryzm) oraz modele pochodne od form modelu amerykańskiego (np. kierowana opieka zdrowotna) [Sanecki 2011, s. 32–33].

Pierwsze państwowe ubezpieczenie na wypadek choroby wprowadził w 1883 roku w Niemczech kanclerz Otto von Bismarck. W modelu bismarckowskim punktem wyjścia tworzenia systemu jest idea ochrony przed niezawinionymi skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, które prowadzą do utraty dochodów z pracy i zagrażają bytowi materialnemu rodziny. W efekcie powstaje

Tabela 1.2. Ogólne cechy systemów ochrony zdrowia stosowane w poszczególnych krajach

Model Bismarcka (Austria, Niemcy, Francja, Szwajcaria, kraje Beneluksu)	Model Beveridge'a (Wielka Brytania, Dania, Hiszpania, Grecja, Irlandia, Islandia, Norwegia, Portuga- lia, Szwecja, Finlandia)	Model Siemaszki (większość krajów byłych republik ZSRR)
Środki pochodzą ze składek przeważnie obowiązkowych związanych z zatrudnieniem.	Środki pochodzą z podatków ogólnych lub innych dochodów państwa.	Środki pochodzą z podatków ogólnych lub innych dochodów państwa.
Upoważnieni do uzyskania świadczeń są wszyscy płacący składki, głównie pracownicy oraz ich rodziny.	Uprawnieni do świadczeń są (prawnie) wszyscy obywatele kraju.	Uprawnieni do świadczeń są (prawnie) wszyscy obywatele kraju.
Fundusze dysponowane są przez kasy chorych.	Fundusze dysponowane są przez centralne lub zdecentralizowane instytucje administracji publicznej.	Fundusze dysponowane są przez centralne (rządowe) i regionalne instytucje administracji rządowej.
„Koszyk świadczeń” określony jest przez aktywne wykluczenie niektórych rodzajów usług (np. stomatologii lub jej części, chirurgii plastycznej, fizjoterapii).	„Koszyk świadczeń” bardzo ogólny i szeroki.	„Koszyk świadczeń” bardzo ogólny i szeroki, w praktyce określony publicznymi inwestycjami.
Świadczeniodawcy, głównie prywatni – działający dla zysku.	Świadczeniodawcy głównie publiczni.	Świadczeniodawcy wyłącznie publiczni.
Kontrakty płatników ze świadczeniodawcami.	Środki alokowane z poziomu centralnego na pośredni (w tym do samorządów) i do świadczeniodawców według centralnie określonych zasad.	Środki alokowane z poziomu centralnego na pośredni (administracji rządowej) i do świadczeniodawców według centralnie określonych zasad.
Stawki w kontraktach określone w mechanizmie administracyjno-negocjacyjnym, często jednolite dla całego kraju.	Zasady alokacji określone centralnie lub na poziomie regionalnym w powiązaniu z infrastrukturą i cechami populacji.	Zasady alokacji określone centralnie w powiązaniu z infrastrukturą.
Finansowanie za usługę.	Finansowanie kawitacyjne oraz budżety globalne (głównie dla szpitali).	Finansowanie według systemu przeliczników infrastrukturalnych.
Współpłacenie za większość świadczeń.	Współpłacenie marginalne.	Brak współpłacenia (narastające zjawisko „szarej strefy”).
Wolny wybór świadczeniodawców.	Regulowany dostęp do kolejnych szczebli opieki.	Przypisanie do regionalnych/lokalnych struktur świadczeniodawców, tzw. rejonizacja.

Źródło: Jasiński 2008, za: Siwińska i in. 2008.

naturalna tendencja do tworzenia kas i zakładów ubezpieczeniowych, które powstają według kryterium branżowego, zawodowego lub terytorialnego. Pacjent ma prawo swobodnego wyboru między świadczeniodawcami, którzy podpisali umowę z daną kasą chorych. Obowiązuje zasada równoważenia pochodzących ze składek dochodów instytucji ubezpieczeniowych z wydatkami na świadczenia udzielane ubezpieczonym. Świadczenia te obejmują wydatki na leczenie oraz rekompensatę utraconych zarobków. Zwrot kosztów leczenia może być pełen albo może przewidywać pewien udział w ich finansowaniu. Zwrot utraconych zarobków odbywa się w wysokości ustalonej umową ubezpieczeniową, niezależnie od rzeczywiście poniesionej straty [Włodarczyk 1996, s. 316]. Do cech wspólnych systemów typu bismarckowskiego zaliczyć należy: finansowanie ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika; istnienie licznych autonomicznych kas chorych (funduszy ubezpieczeniowych); prawo ubezpieczonego do wolnego wyboru lekarza; prowadzenie ambulatoryjnej opieki lekarskiej, głównie przez lekarzy prowadzących prywatną praktykę, spośród których większość ma kontrakt z kasą chorych; istnienie porozumienia pomiędzy funduszami ubezpieczeniowymi a izbami (związkami) lekarskimi w zakresie wysokości honorariów, katalogu świadczeń, zakresu odpowiedzialności; obowiązywanie w tym systemie solidaryzmu, polegającego na redystrybucji środków finansowych między zdrowymi a chorymi, między mężczyznami a kobietami, między ubezpieczonymi bez rodzin a ubezpieczonymi z rodzinami, między młodymi a starszymi, między więcej a mniej zarabiającymi [Dziubińska-Michalewicz 2000].

W tradycyjnym modelu bismarckowskim założeniami konstrukcyjnymi są również zasady solidaryzmu społecznego oraz przymusowości ubezpieczenia. Oznacza to z jednej strony obowiązek przynależności do systemu dla określonych w prawie grup społecznych, z drugiej zaś wpisanie się całego ubezpieczenia społecznego w instrumentarium państwowej polityki społecznej. Model ten opiera się przede wszystkim na sektorze niepublicznym w sferze wytwarzania świadczeń medycznych, a także kierowany jest z natury swojej do gorzej usytuowanych osób. W rezultacie w systemie niemieckim osoby przekraczające określony próg dochodu wyłączone są z obowiązku ubezpieczenia (jest to około 10% populacji), co daje także bardzo szerokie pole do rozwoju prywatnych ubezpieczycieli [Krajewski-Siuda i Romaniuk 2011, s. 38].

Krajem, w którym zachowało się wspólnie najwięcej cech klasycznego modelu Bismarcka, jest Francja. We Francji zunifikowany system od 1945 roku łączy wszystkie organizacje ubezpieczeń obowiązkowych. Składa się on z kilku krajowych kas: Narodowej Kasy Ubezpieczeń Chorobowych Pracowników Zarobkujących, Narodowej Kasy Ubezpieczeń na Starość Pracowników Zarobkujących, Narodowej Kasy Dodatków Rodzinnych, Centralnej Agencji Organów Ubezpieczeń Społecznych. Ubezpieczenia od bezrobocia prowadzi Stowarzyszenie Osób

Zatrudnionych w Handlu i Przemysle (ASSEDIC). System uzupełniają instytucje ubezpieczeń wzajemnych (*mutualite*) dla rolników, osób samozatrudnionych (rzemieślników, wolnych zawodów) oraz firmy oferujące dodatkowe ubezpieczenia komercyjne zrzeszone w Narodowej Federacji Instytucji Ubezpieczeń Społecznych (FNOSS). Każdy obywatel Francji od 16. roku życia otrzymuje osobistą Kartę Ubezpieczenia Społecznego. Może korzystać ze świadczeń medycznych zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego, równouprawnionych wobec instytucji ubezpieczeniowych.

Sieć podstawowych kas ubezpieczeń chorobowych zajmuje się refundowaniem faktur wystawionych przez świadczeniodawców. Refundacja pokrywa średnio 75% kosztów leczenia, pozostałe 25% pacjent najczęściej uzyskuje z systemu ubezpieczeń dodatkowych [Sanecki 2011, s. 34]. Francuski parlament corocznie uchwała ustawę o finansowaniu ubezpieczenia społecznego. Ustawa wyznacza także narodowy poziom wydatków na ubezpieczenie społeczne, kierunki działania w zakresie ochrony zdrowia oraz metody wdrażania nowych przepisów. Rząd jest odpowiedzialny w szczególności za: opracowanie polityki w zakresie zdrowia publicznego, przeciwdziałanie chorobom, walkę z uzależnieniami i chorobami cywilizacyjnymi oraz ochronę sanitarną; nadzór nad całością systemu zdrowia i podmiotów działających w jego ramach; szkolenia kadry medycznej i udzielanie akredytacji zakładom zdrowia; wsparcie finansowe inwestycji zakładów i określanie zasad przyznawania dotacji; opracowanie prawnych zasad działania ubezpieczeń chorobowych (obowiązkowych i dodatkowych). Na szczeblu krajowym ministra zdrowia wspiera wiele instytucji, a w szczególności podległy mu Wysoki Urząd ds. Zdrowia (Haute Autorité de Santé – HAS) i Krajowa Agencja Wsparcia Działalności Placówek Zdrowotnych i Medyczo-Społecznych ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)²⁰. Francuski system ochrony zdrowia opiera się na koncepcji pluralistycznej organizacji oferty medycznej. Oznacza to współistnienie wielu podmiotów publicznych i prywatnych, które świadczą usługi medyczne. Placówki dzielą się na trzy kategorie: publiczne, prywatne niekomercyjne i prywatne komercyjne [Kalecińska 2011, s. 33]. Na szczycie systemu referencyjnego znajdują się publiczne specjalistyczne regionalne centra szpitalne (w gestii prefektów

²⁰ HAS bierze udział w opracowaniu i optymalizacji tzw. koszyka świadczeń (*panier de soins*), ocenia skuteczność terapeutyczną produktów i świadczeń oraz konieczność ich refundowania. Opracowuje także procedury leczenia różnych chorób, w tym chorób chronicznych, jak cukrzyca, astma czy żółtaczkę typu C, przyczyniając się do propagowania dobrych praktyk. ANAP wspiera placówki medyczne i medyczo-socjalne oraz regionalne agencje zdrowia w celu poprawy ich funkcjonowania. Do głównych zadań ANAP należy w szczególności: wsparcie placówek zdrowia w zakresie działań związanych z reorganizacją wewnętrzną, zarządzanie majątkiem oraz wdrażanie reform, przeprowadzenie kontroli działalności placówek medycznych, współpraca z regionalnymi agencjami oraz administracją centralną w zakresie regulacji oferty usług medycznych i medyczo-socjalnych.

regionalnych), szczebel niżej publiczne specjalistyczne centra szpitalne w stolicach departamentów (województw), podlegające prefektom departamentalnym (wojowodom). Sieć uzupełniają publiczne szpitale komunalne, podległe samorządom terytorialnym, na czele których stoją merowie. W lecznictwie otwartym istnieje swobodny dostęp do lekarzy ogólnych i do specjalistów. Około 70% lekarzy ma status reprezentantów wolnego zawodu (samozatrudnionych), których przychód stanowią honoraria za usługi świadczone zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym [Sanecki 2011, s. 34]. Podstawowym źródłem finansowania powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji są składki, płacone zarówno przez pracodawców, jak i przez pracowników. W przypadku pracowników zarabkujących, składki są pobierane miesięcznie od płacy, a obowiązek ich odprowadzenia do kasy ubezpieczeniowej ciąży na pracodawcy. Drugim źródłem finansowania ubezpieczeń zdrowotnych są opłaty ponoszone przez pacjentów. Mają one charakter procentowej partycypacji w kosztach (współpłacenia) lub określonych ryczałtów. Wysokość udziału w kosztach zależy od rodzaju świadczenia i waha się od 20 do 60%. Trzecim źródłem finansowania ubezpieczeń zdrowotnych jest niewielka dotacja państwa, stanowiąca niecałe 2% wydatków z funduszu zdrowia. Szacuje się, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne niekomercyjne i komercyjne ma około 80% populacji, a przeciętny pracownik płaci na nie około 20% swoich zarobków [Dziubińska-Michalewicz 2000]. Proces reformy systemu opieki zdrowotnej i systemu ubezpieczeń zdrowotnych we Francji miał charakter ciągły. Pierwsze działania były podejmowane w latach pięćdziesiątych, kolejne w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych oraz najbardziej znaczące w ostatniej dekadzie minionego stulecia. W.C. Włodarczyk przedstawia efekty wprowadzanych reform we Francji [Włodarczyk i Poździej 2001, s. 229–230]:

- wprowadzenie mechanizmów i instrumentów planowego, długofalowego rozwoju opieki zdrowotnej, zwłaszcza w dziedzinie szpitalnictwa,
- przeprowadzenie znacznej redukcji łóżek szpitalnych, przynajmniej o około 50 000, bez ograniczania dostępności do leczenia szpitalnego (nie występuje tu problem oczekiwania na przyjęcie); zamknięto nieefektywne zakłady położnicze (tam gdzie liczba porodów nie przekraczała 500 rocznie),
- rozwinięte zostało planowanie regionalne, z silnym zaangażowaniem władz lokalnych,
- rozwinięte zostały takie formy organizacyjne, jak: hospitalizacja dzienna – ambulatoryjna, nocna, tygodniowa, domowa,
- podjęto działania w kierunku ustalenia obowiązujących cen świadczeń medycznych,
- rozwinięte zostały systemy informacji i analizy stanu zdrowia populacji,
- rozwinięto bardziej niż w innych krajach promocję zdrowia, programy zdrowia i edukację zdrowotną,

- kształcenie profesjonalnych kadr dla potrzeb zarządzania zakładami i instytucjami opieki zdrowotnej, a także instytucjami ubezpieczeń zdrowotnych (Francja pod tym względem jest w czołówce europejskiej),
- od wielu lat funkcjonuje skodyfikowane prawo zdrowia publicznego, a także ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych.

Inwestycje we francuskim systemie ochrony zdrowia są realizowane między innymi w ramach wieloletnich planów inwestycyjnych opracowanych przez działającą w Ministerstwie Zdrowia Dyрекcję ds. Szpitali i Organizacji Opieki. W ostatnim okresie na przykład zakończono realizację *Plan Hôpital 2012*, obejmującą lata 2007–2012. O dotację ze środków przeznaczonych na wykonanie planu *Hôpital 2012* mogły się ubiegać placówki zarówno publiczne, jak i prywatne. Istotne było, aby przedstawiony projekt uwzględniał efektywność placówki, globalne znaczenie strategiczne projektu i jego wymiar społeczny, odpowiedniość projektu w kontekście potrzeb lokalnych, realną możliwość ukończenia inwestycji przez placówkę. Oceniano też wpływ projektu na przyszłą sytuację placówki [Kalecińska 2011, s. 33–34].

W 1942 roku w Wielkiej Brytanii lord W. Beveridge zaprezentował model angielskiej narodowej służby zdrowia (The National Health Service – NHS)²¹ [Beveridge 1942, za: Musgrove 2000, s. 845]. Raport ten zawierał konkretne propozycje dotyczące kompleksowego systemu ubezpieczeń społecznych²². Istotne było, że obejmował całą populację i był finansowany z budżetu państwa [CESifo 2008, s. 70]. Naczelną ideą systemu Beveridge’a jest zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego wszystkim obywatelom przez odwołanie się do pojęcia zaspokojenia elementarnych potrzeb. Oznacza to, że świadczenia umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb powinny być udostępnione wszystkim, bez względu na cechy ich położenia socjalnego [Włodarczyk 1996, s. 317]. Cechami charakterystycznymi dla tego systemu są: finansowanie ochrony zdrowia z podatków poprzez budżet centralny lub budżety lokalne, istnienie gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych; wolny dostęp do świadczeń wszystkich obywateli, niewielki zakres działalności sektora prywatnego; niewielka partycypacja pacjenta w kosztach leczenia, wynagradzanie lekarzy na zasadzie stałej pensji lub kapitulacji [Dziubińska-Michalewicz 2000]. Podmiotem odpowiedzialności za realizację zasady uniwersalnego dostępu jest państwo i wyspecjalizowany organ działający w tej dziedzinie: państwowa służba zdrowia. Tak więc realizacja polityki zdrowotnej odbywa się za pośrednictwem organów administracyjnych, a decyzje o jej strukturze są decyzjami politycznymi [Włodarczyk 1996, s. 317]. Z jednej strony system podlega ścisłemu nadzorowi ze strony państwa – zarówno

²¹ System wprowadzony w 1948 roku.

²² Raport był szeroko krytykowany, między innymi przez F. Hayeka, który był zwolennikiem wprowadzania konkurencyjnych cen na rynku, tak aby skuteczniej alokować zasoby [Arrow 1963; Cassidy 2000].

w obszarze zarządzania finansami, jak i wytwarzania świadczeń, z drugiej zaś w krajach stosujących ten model dość powszechne jest określanie wspomnianej potrzeby zdrowotnej przynależnej każdej jednostce na poziomie rzeczywiście minimalnej, co wciąż daje stosunkowo szerokie pole do rozwoju komplementarnych rozwiązań opierających się na zasadach komercyjnych [Krajewski-Siuda i Romaniuk 2011, s. 38]. Rosnące koszty powodują zmniejszenie limitów przyjęć, z wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu. Te niepokojące zjawiska były impulsem do wprowadzenia „inicjatywy prywatnego płacenia” poprzez system ubezpieczeniowy. Ponad 10% gospodarstw domowych w Wielkiej Brytanii poprzez dodatkowe ubezpieczenia, wykupione w prywatnych firmach ubezpieczeniowych, uniezależnia się od narodowej służby zdrowia [Rutkowska-Podołowska, Popławski i Zaleska-Tsitini 2011, s. 135].

Wielka Brytania jest czołowym przedstawicielem modelu Beveridge’a. Nad całością systemu kontrolę sprawuje sekretarz stanu i kierowany przez niego departament opieki zdrowotnej, który ponosi odpowiedzialność polityczną za National Health Service²³. Jego uprawnienia wykonywane są przez dziesięć tzw. Strategic Health Authorities (strategiczne oddziały ds. opieki zdrowotnej – SHA), podzielonych na regiony, które ustalają nadrzędne priorytety i budżety dla danego obszaru. National Health Service jest finansowany z obowiązkowych podatków, co pozwala na realizację celu polegającego na zapewnieniu dostępu do opieki zdrowotnej niezależnie od posiadanych przez pacjenta środków [Kurpias i in. 2011, s. 59]. Objawy kryzysu występujące pod koniec lat osiemdziesiątych doprowadziły do opracowania koncepcji reformy, która wprowadzona w życie w 1991 roku stała się wzorem zmian w publicznych sektorach zdrowotnych. Propozycja ta była koncepcyjnie powiązana z dominującym w tamtym czasie nurtem neoliberalnym (thatcheryzmem), w którym dążono do ograniczenia uczestnictwa państwa w zaspokajaniu potrzeb obywateli. W 1997 roku rząd laburzystowski ogłosił zmianę koncepcji służby zdrowia, a w 1998 roku opublikował dokument strategiczny *The New NHS, Modern and Dependable* [NHS Executive 1998]. Dokument ten zwracał uwagę na sześć obszarów, które miały dać ramy do lepszego systemu (tabela 1.3).

²³ W 1948 roku powołano National Health Service, a ustawa A. Bevana powołała NHS w postaci trójczłonowego systemu składającego się z: (1) państwowego szpitalnictwa, powstałego po wojnie w wyniku konfiskat obiektów szpitalnych, które wykupił Skarb Państwa, płacąc obligacjami, (2) sieci prywatnych lekarzy rodzinnych, na kontraktach, opłacanych kapitacyjnie za każdą z 2500 osób zapisanych na liście; umożliwiono tworzenie praktyk partnerskich oraz praktyk grupowych przez łączenie praktyk partnerskich; sektorem lekarzy rodzinnych zarządzały rady wykonawcze, (3) samorządowej służby zdrowia, która była tradycyjnym sektorem usług środowiskowych w gestii funkcjonariuszy samorządowych ds. zdrowia; do nich należały: środowiskowe pielęgniarki i położne, poradnie, transport sanitarny, usługi pielęgnacyjne, dostawa gorących posiłków dla niepełnosprawnych, osób samotnych [Sanecki 2011, s. 36–67].

Tabela 1.3. Nowe ramy National Health Service

Obszar	Aspekty realizacji
Poprawa stanu zdrowia	Poprawa ogólnego stanu zdrowia, biorąc pod uwagę czynniki determinujące poprawę zdrowia oraz instytucje zaspokajające potrzeby zdrowotne.
Sprawiedliwy dostęp	Sprawiedliwy dostęp do świadczenia usługi uwzględniający: – miejsce zamieszkania, – przynależność do grup społeczno-ekonomicznych, – czynniki demograficzne (wiek, rasę, płeć), – grupy wymagające szczególnej opieki.
Efektywna realizacja i dostarczenie właściwej usługi	Efektywność z uwzględnieniem tego, czy usługi są: – klinicznie skuteczne, – odpowiednie do zgłaszanych potrzeb, – terminowe, – świadczone zgodnie z ustalonymi standardami, – dostarczone przez placówki dobrze zorganizowane, – świadczone przez wykwalifikowany personel (odpowiednia edukacja oraz szkolenie/dokształcanie kadr medycznych).
Wydajność	Świadczenie usług, mając na uwadze: – koszt jednostkowy usługi a rezultat, – wydajność pracy, – wykorzystanie zasobów.
Doświadczenia pacjentów oraz ich opiekunów	Percepcja pacjenta i opiekunów pacjenta w zakresie: – reagowania na indywidualne potrzeby, – oceny umiejętności, ciągłości i troski w świadczeniu usługi, – czasu oczekiwania i dostępności, – zaangażowania w obsługę pacjenta, udzielania informacji, – dostosowania procesu świadczenia usługi do oczekiwań pacjenta (udogodnienia organizacyjne i administracyjne).
Efekty zdrowotne	Oceny wykorzystania zasobów NHS uwzględniające: – zmniejszenie ryzyka zdarzeń niepożądanych, – zmniejszenie zachorowalności i zmniejszenie działań jatrogennych, – poprawę jakości życia pacjentów i ich opiekunów, – ograniczenie przedwczesnych zgonów.

Źródło: NHS Executive 1998, s. 5.

Jako nowe rozwiązania w 1999 roku wprowadzono grupy opieki podstawowej, a następnie w 2000 roku trusty opieki podstawowej. Powołano do życia kilka instytucji służących profesjonalnym wsparciem zarówno instytucjom NHS, jak i decydom. Do nich należały: Narodowy Instytut Jakości Klinicznej, odpowiedzialny za stworzenie standardów jakości, Komisja Poprawy Stanu Zdrowia, nadzorująca przestrzeganie standardów i ułatwiająca lekarzom i menedżerom przygotowanie projektów poprawy infrastruktury, oraz Komisja Standardów Opieki, sprawująca kontrolę nad przestrzeganiem standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki [Skawińska 2009, s. 71].

Ciekawe koncepcje zostały przygotowane w 1989 roku w Walii, gdzie określono strategiczne cele kierunkowe: koncentrację na efektach zdrowotnych („dodanie lat do życia i życia do lat”), działania skierowane na ludzi („cenić ludzi jako jednostki”), efektywne wykorzystanie zasobów („osiągnąć równowagę w wykorzystaniu zasobów w sposób optymalizujący relację koszt – efekt”). Cele zostały dokładnie dookreślone. Na przykład przy realizacji celu *działania skierowane na ludzi* określono pięć celów szczegółowych: (1) uczestnictwo pacjenta w procesie planowania; (2) jakość świadczonych usług – świadczenia powinny być: dostępne ze względu na specyfikę potrzeby zdrowotnej, właściwe ze względu na proporcje stosowania świadczeń zapobiegawczych i leczniczych, dostępne blisko miejsca zamieszkania lub pracy i we właściwym czasie, nieodkładane w czasie, koordynowane w procesie angażującym różne placówki świadczące usługi, informacyjnie przejrzyste, tak aby pacjent i/lub jego rodzina rozumieli sytuację; (3) właściwa baza lokalowa – placówki powinny być: dostosowane do indywidualnych potrzeb, dostępne dla niepełnosprawnych, o wysokim standardzie bezpieczeństwa, dobrze zaprojektowane, powinny zapewniać prywatność; (4) pracownicy powinni być otwarci na potrzeby korzystających – wysoka jakość zależy od wzajemnej współpracy zarówno personelu, jak i pacjentów, wtedy też można oczekiwać: większego zaangażowania w działania na rzecz promocji zdrowia, bardziej aktywnej współpracy w procesie leczenia, wzmocnienia poczucia własnej wartości i godności, gotowości do aktywnego współuczestniczenia w sprawach służby zdrowia; (5) świadomy udział w decyzjach medycznych – jeśli świadczenia mają odpowiadać indywidualnym wymaganiom i preferencjom pacjentów, muszą oni mieć możliwość aktywnego uczestniczenia w podejmowaniu medycznych decyzji. By to osiągnąć, należy: dostarczyć zrozumiałej informacji (z możliwościami samoleczenia włącznie) o wszystkich typach i formach świadczeń oraz stworzyć warunki dla aktywnego uczestniczenia w świadczeniach [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 121–122].

Cele kierunkowe obrane przez rząd walijski mają dalszą kontynuację w zakresie działań na rzecz jakości. W dokumencie *Achieving Excellence. The Quality Delivery Plan for the NHS in Wales 2012–2016*, minister zdrowia i świadczeń socjalnych przedstawił kolejne założenia strategiczne: zapewnienie jak najwyższej jakości i korzystanie z doświadczeń, poprawa stanu zdrowia i pomoc w zredukowaniu nierówności, uzyskanie jak największej wspólnej wartości ze świadczonych usług. Dokument podkreśla, że będzie to możliwe dzięki zaangażowaniu personelu – entuzjazmowi i ambicji pracowników (kontynuacja programu *1000 Lives Plus*) oraz opinii przekazywanej przez pacjentów czy innych odbiorców. Szczególnie mocno podkreślany jest fakt, że jedynie odbiorca usług może wyrazić opinie na temat postrzeganej jakości. Istotne jest przejrzyste raportowanie na temat wyników prowadzonych działań – będzie to dobra informacja nie tylko dla lekarzy, ale także dla osób korzystających

z usług. System musi także wspierać postęp w działaniach na rzecz jakości poprzez: jasne cele i wartości w organizacji, widoczne przywództwo na wszystkich poziomach, silne zaangażowanie i satysfakcję pracowników, nacisk na poprawę jakości, dobre systemy sprawozdawczości i uczenie się, otwartość na możliwości zmian. Powyższy plan został oparty na silnym przekonaniu, że *jakość rośnie od wewnątrz organizacji – nie może zostać nałożona* (*Quality grows from inside organisations – it cannot be imposed* [Welsh Assembly Government 2006]). W celu realizowania tych propozycji w 2010 roku zaktualizowano program *Doing Well, Doing Better – Standards for Health Services in Wales*, w którym wyznaczono normy mające na celu poprawę jakości: zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów – monitorowanie i analizę zdarzeń niepożądanych; właściwe świadczenie usługi. Program zwraca uwagę na dwie cechy: otwartość i konieczność uczenia się, a więc wykonywania starannie i poprawnie wszystkich czynności (zgodnie z filozofią *investigate once, investigate well*), wspieranie procesu świadczenia usługi, koncentrację na ciągłym podnoszeniu kwalifikacji w celu uniknięcia zdarzeń niepożądanych. Ostatnim koniecznym elementem jest monitorowanie procesu świadczenia usługi, i to nie z poziomu założeń celów systemu (bezpieczeństwo, efektywność, koncentracja na pacjencie, terminowość, sprawiedliwość, wydajność), ale z pułapu wyniku końcowego, a więc już efektów całego procesu. Plan doskonalenia jakości będzie możliwy do realizacji pod warunkiem zaangażowania: personelu, pacjentów i instytucji organizujących system – według założenia: *Together for Health [Achieving Excellence 2012]*.

Kontrapunktem dla powyższych rozwiązań stał się model rezydualny, znany także w literaturze pod nazwą modelu X [Culyer, Maynard i Williams 1981] (charakterystykę modeli X i Y przedstawiono w tabeli 1.4). W modelu rezydualnym silnie odróżnia się obszar zdrowia publicznego od obszaru zdrowia indywidualnego [*Healthy People 1990*, za: Włodarczyk 1996, s. 317]. Najważniejszymi elementami charakteryzującymi ten model są: dominacja sektora prywatnego – zarówno w sferze świadczenia usług medycznych, jak i ich finansowania, ograniczony zakres odpowiedzialności państwa w zagwarantowaniu dostępu do świadczeń medycznych (pierwotnie istniał bardzo wyraźny rozdział pomiędzy sferą zdrowia indywidualnego pozostającego w obszarze odpowiedzialności jednostek a sferą zdrowia publicznego, za które odpowiada państwo). Od lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku stopniowo państwo zaczęło zwiększać zakres swojej odpowiedzialności, co znalazło wyraz między innymi w utworzeniu odrębnych, publicznie finansowanych, systemów dostępu do opieki medycznej dla osób starszych i ubogich, a także w braku jednolitych formuł organizacyjnych w zakresie zarządzania finansami systemu zdrowotnego [Krajewski-Siuda i Romaniuk 2011, s. 37].

Tabela 1.4. Charakterystyka systemów X i Y

Cecha	System X (Stany Zjednoczone)	System Y (model Beveridge'a, np. Wielka Brytania)
Ogólna zasada	Nastawiony na satysfakcjonowanie konsumentów w sytuacji rynkowej, w której dostęp do opieki zdrowotnej jest odbiciem ogólnego położenia jednostki (rodziny) i uwarunkowania jej zamożności.	Nastawiony na podnoszenie ogólnego poziomu zdrowia społeczeństwa, dla którego dostęp do opieki zdrowotnej jest prawem obywatelskim i każdy może z niego korzystać.
Finansowanie i dostępność	Dzięki ubezpieczeniu konsumenci uzyskują dostęp do świadczeń zdrowotnych po cenie, która w momencie korzystania jest znacznie zredukowana, a nawet może być zniesiona.	Nabywcy świadczeń uczestniczą w wydatkach poprzez system podatków ogólnych i nie ponoszą żadnych opłat w momencie korzystania (albo jedynie opłatę symboliczną).
Produkcja usług	Dominuje prywatna własność produkcji usług, szczególnie w formie zakładów działających na zasadzie non profit.	Publiczna własność produkcji usług.
Kontrola	Rynek; rządowa kontrola nad wydatkami i rozmieszczeniem zasobów jest minimalizowana.	Centralna kontrola nad budżetem i sterowanie procesem rozmieszczenia zasobów.
Rola rynku	Każda postać wkładu w działanie opieki zdrowotnej (praca, kapitał) powinna przynosić korzyść, zgodnie z zasadami gry rynkowej.	Celowe używanie władzy monopsonu dla ograniczenia siły wpływu mechanizmów rynkowych.

Źródło: Culyer, Maynard i Williams 1981, za: Włodarczyk i Poździejch 2001, s. 81.

Krajem, który oparł swój system na modelu rezydualnym, są Stany Zjednoczone. System opieki zdrowotnej stoi tam przed poważnymi wyzwaniami, które wskazują na pilną potrzebę reformy. Uwaga polityków skupia się przede wszystkim na 46 milionach Amerykanów, którzy nie są ubezpieczeni, oraz na stale rosnących składkach ubezpieczeniowych. Dlatego też tematyka opieki zdrowotnej jest przedmiotem zacieklej debaty. Zdaniem K.P. Chua, z jednej strony można spotkać opinie, że Stany Zjednoczone mają najlepszy system opieki zdrowotnej na świecie, wskazujące nie tylko na dostępność do najlepszych technologii medycznych, ale także na odsetek PKB przeznaczany na służbę zdrowia, z drugiej strony system jest krytykowany za zbyt duże rozdrobnienie, nieefektywność. Wskazuje się też, że przy najwyższych nakładach na świecie zbyt duża jest nierówność w dostępie, a koszty obsługi administracyjnej systemu stale rosną [Chua 2006]. Na szczeblu federalnym, w ramach rządu działa Departament Zdrowia i Służb Społecznych (Department of Health and Human Services), którego zwierzchnik, w randze sekretarza, jest powoływany przez prezydenta, podobnie jak jego asystent i lekarz naczelny będący doradcą ministrów. Cechą tego systemu jest nabywanie przez obywateli, w prywatnych instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego,

uprawnień do określonych usług zdrowotnych świadczonych głównie przez prywatne placówki lecznicze lub konsorcja ubezpieczeniowo-lecznicze. Od czasów prezydenta J. Kennedy’ego, a potem jego następcy L. Johnsona, istnieją publiczne federalne ubezpieczenia zdrowotne dla emerytów (Medicare) i stanowe publiczne ubezpieczenia zdrowotne dla osób ubogich (Medicaid), a także stanowy system ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci ubogich (SCHIP) [Sanecki 2011, s. 39]. Program Medicare został utworzony nowelizacją ustawy o zabezpieczeniu społecznym z 1965 roku (Social Security Act) jako ubezpieczenie zdrowotne dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wszedł w życie 1 lipca 1966 roku i od początku dawał uprawnienia osobom powyżej 65. roku życia, a także osobom mającym rentę inwalidzką i niezdolnym do pracy przez okres dwóch lat. Medicare nie jest programem całkowicie ubezpieczającym od wydatków na opiekę medyczną. Opłaca jedynie połowę z nich, program ma bowiem *deductible* (sumę, której nie pokrywa, a którą pacjent musi sam płacić) na usługi lekarskie i szpitalne, *co-insurance* na wszystkie usługi lekarskie oraz inne opłaty. W ramach programu nie mogą być uiszczone wydatki na leki, za usługi dentystyczne, aparaty słuchowe i okulary.

Program Medicaid został wprowadzony w życie tą samą ustawą z 1965 roku. Umożliwia korzystanie z opieki zdrowotnej osobom o najniższych dochodach. Jest to program federalno-stanowy. Ogólne zasady programu są ustalane na szczeblu federalnym, jednak poszczególne stany są suwerenne w decyzjach o przystąpieniu do programu oraz w określaniu szczegółowych zasad i kryteriów przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń. O ile próg ubóstwa jest ustalany dla całego kraju, o tyle konkretyzacja jego wielkości dającej uprawnienia socjalne jest sprawą poszczególnych stanów [Włodarczyk i Poździejch 2001, s. 171–173]. Najliczniejszą grupą należącą do Medicaid są tzw. *categorically needy* (kategorycznie potrzebujący). Są to osoby, które zakwalifikowane zostały do otrzymywania świadczeń pieniężnych z tytułu Supplemental Security Income (SSI). Drugą grupą predystynowanych do Medicaid są osoby, które nie spełniały wcześniej kryteriów ubóstwa, ale w wyniku choroby i poniesionych kosztów stały się ubogie. Są to tzw. *medically needy* (medycznie potrzebujący). Osobami zaliczającymi się do tej grupy są także kobiety w ciąży. Mogą się one kwalifikować do programu, jeśli mąż jest bezrobotny, niezdolny do pracy zarobkowej lub jeśli jego zarobki są niewystarczające. Z Medicaid mogą również skorzystać osoby biedne – starsze i upośledzone – posiadające Medicare. Osoby takie nazywane są wówczas *Qualified Medicare Beneficiaries*. Medicaid spełnia wtedy rolę ubezpieczyciela uzupełniającego do Medicare (czyli *Medigap*), płacąc różnicę rachunków medycznych niepokrywanych przez Medicare. Ostatnią grupą osób kwalifikujących się do Medicaid są pacjenci instytucji leczniczych i opiekuńczych, którzy – nie posiadając ubezpieczenia zdrowotnego – byli leczeni lub znajdowali się pod opieką instytucji uprawnionych do prowadzenia kwalifikowanych usług zdrowotnych. Takie insty-

tucje sprawujące opiekę nad osobami nieubezpieczonymi mogą występować do władz stanowych o czasowe przydzielenie Medicaid na pokrycie kosztów opieki w ramach programu rządowego [Kubik 1998, s. 225]. W 1997 roku został uchwalony Stanowy Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (State Children's Health Insurance Program – SCHIP). Ze względu na to, że część dzieci w rodzin ubogich nie korzystało z pomocy w ramach Medicaid (około 43%), wprowadzono program w celu niesienia pomocy dzieciom pochodzącym z rodzin o niskich dochodach, umożliwiając im korzystanie ze świadczeń.

W Stanach Zjednoczonych około 84% obywateli ma ubezpieczenie zdrowotne, przy czym 60% z nich jest ubezpieczonych przez pracodawcę, 9% ubezpiecza się samodzielnie, a 27% poprzez różnego rodzaju programy rządowe. Programy rządowe stanowią 44% wszystkich wydatków na zdrowie, a 16% społeczeństwa musi płacić za usługi medyczne samodzielnie. W badaniach magazynu „Health Affairs” oszacowano, że w 2001 roku osoby nieubezpieczone otrzymały dostęp do świadczeń zdrowotnych o wartości 35 milionów dolarów.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Stanach Zjednoczonych podlegają silnemu zjawisku selekcji negatywnej. Nieprzerwany wzrost kosztów procedur medycznych wpływa na stawki ubezpieczeniowe. W konsekwencji coraz więcej osób młodych i zdrowych, którym ryzyko poważnej choroby wydaje się mało prawdopodobne, rezygnuje z ubezpieczenia. W systemie zostają osoby starsze i bardziej schorowane, co dalej podnosi koszty [Owoc i in. 2009]. W 1993 roku B. Clinton próbował wraz ze swoim zespołem wprowadzić zakrojoną na szeroką skalę reformę, ale – jak wspomina P. Starr – był to rok „od pełnej euforii po porażkę”²⁴. B. Clinton w swoim programie zakładał zorganizowanie sieci publicznych regionalnych ubezpieczalni zdrowotnych oraz przewidywał ograniczoną konkurencję między ubezpieczalniami, co godziło w poczucie wolnej przedsiębiorczości. Niestety, zarówno projekt, jak i skonstruowane propozycje programowe zostały odrzucone „Republikanie cieszyli się podwójnym triumfem, nie tylko zabili reformę, ale wskazali winnego – prezydenta. To był polityczny odpowiednik zbrodni doskonałej” [Starr 1995]. Nie wyrażono zgody na zwiększenie składek pracodawców oraz na dodatkowy podatek od wyrobów tytoniowych²⁵.

Jako jeden z elementów amerykańskiego systemu można wskazać Kierowaną Opiekę Medyczną (Health Maintenance Organization – HMO). Jest to instytucja, która pełni dwie funkcje: ubezpieczyciela oraz organizatora procesu udzielania

²⁴ „Początkowo wydawało się, że po przemówieniu w Izbie Reprezentantów 23 września 1993, założenia reformy zostaną przyjęte. Badania pokazały ogromne poparcie dla projektu: ubezpieczenie zdrowotne dla wszystkich. A.M. Rosenthal z New York Timesa pisał, że można spierać się o szczegóły, ale cel misji jest bardzo istotny. Niestety, był to «gwóźdź do trumny» Clintona. Upadek reformy systemu opieki zdrowotnej przejdzie do historii jako wielka utracona możliwość polityczna. To historia kompromisów, których nigdy nie było” [Starr 1995].

²⁵ Krytycznie reforma jest przedstawiana w artykułach: J.P. Pfiffnera [2001, s. 69–71], D. Cutlera i J. Grubera [2001] oraz P. Edelmana [1997].

Tabela 1.5. Wybrane etapy reformy przygotowanej przez B. Obamę

Rok	Zrealizowane i planowane etapy reformy
2010	Dokonywanie przeglądu planów zdrowia w poszczególnych stanach, z uwzględnieniem przeglądu stawek ubezpieczeniowych.
	Powołanie programu MACPAC (Medicaid and CHIP Payment and Access Commission) – jego zadaniem jest przegląd realizacji stanowych i federalnych programów Medicaid i CHIP. Zadaniem MACPAC jest dokonanie i ocena przeglądu w zakresie: (1) płatności w ramach polityki Medicaid i CHIP, (2) kwalifikowalności do udziału w programie, (3) rejestracji – przegląd działań promocyjnych na rzecz kampanii udziału w programach, (4) dostępności do usług, (5) oceny jakości realizacji założonych celów, (6) przygotowania wczesnego ostrzeżenia w razie wykrycia czynników niekorzystnych, mogących mieć wpływ na ograniczenie dostępu do opieki.
	Powołanie organizacji non profit Patent-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) do prowadzenia badań klinicznych w zakresie porównywania skuteczności leczenia (www.pcori.org).
	Departament of Health and Human Services przeznaczył 500 milionów dolarów na programy profilaktyczne związane szczególnie z: otyłością, uświadomieniem konsumentom negatywnych skutków palenia tytoniu, zapobieganiem chorobom serca oraz zwiększeniem liczby szczepień ochronnych.
	Wprowadzenie programu <i>Stop Medicare Fraud</i> przez US Department of Health & Human and US Department of Justice w celu kontroli realizacji programów Medicare, Medicaid i CHIP i wykrycia ewentualnych nadużyć (www.stopmedicarefraud.gov).
	Ulgi podatkowe dla małych firm, zatrudniających do 25 pracowników. I faza programu (2010–2013) – ulga do 35% składki pracodawcy na ubezpieczenia pracowników, faza II (rok 2014 i kolejne) – ulga podatkowa do 50% kosztów składki pracodawcy na ubezpieczenia pracowników.
	Zwiększenie skuteczności farmakoterapii – rabaty dla osób w ramach Medicare, jednorazowo czek rabatowy na kwotę 250 dolarów (wolną od podatku) na wykupienie markowych leków.
	Powołanie we wrześniu 2010 roku organizacji Federal Coordinated Health Care Office w celu koordynacji opieki dla osób uprawnionych do korzystania jednocześnie z programów: Medicare i Medicaid.
	27 maja 2010 roku wprowadzono nowe wytyczne dla szpitali non profit w celu lepszej weryfikacji potrzeb pacjentów oraz zachęcenia i promocji tych programów, z których podopieczni mogą korzystać. Brak realizacji w tym zakresie (brak weryfikacji potrzeb i nieprowadzenie akcji informacyjnej), może spowodować nałożenie na taki zakład kary do 50 000 dolarów rocznie.
	Przygotowanie programu pomocy dla osób dorosłych w ramach programu Medicaid, o dochodach do 133% federalnego progu ubóstwa (każdy stan ustala indywidualnie próg kwalifikowalności do programu).
Program reasekuracji dla pracodawców zapewniających ubezpieczenie zdrowotne dla emerytów w wieku powyżej 55. roku życia, którzy jeszcze nie kwalifikują się do programu Medicare.	
10 czerwca 2010 roku prezydent B. Obama, podpisał dekret o utworzeniu National Prevention Health Promotion and Public Health Council (National Prevention Council).	

2010	Uruchomienie od 1 lipca 2010 roku strony www.HealthCare.gov dla konsumentów na temat możliwości porównania opcji ubezpieczeniowych. Na stronie mechanizm kalkulacyjny w zależności od dochodów, stanu, oblicza najlepsze możliwości ubezpieczenia dla konsumentów. Strona pracuje także w wersji hiszpańskiej.
	Wprowadzenie zakazu (w stosunku do firm ubezpieczeniowych) wstrzymywania wypłat ubezpieczenia z powodu wadliwości składanej dokumentacji przez pacjentów.
2011	Powołanie 1 stycznia 2011 roku Center for Medicare and Medicaid Innovation w celu weryfikacji i poszukiwania nowych metod realizacji opieki zdrowotnej. Nowe metody mają doprowadzić do zmniejszenia tempa wzrostu kosztów i poprawy jakości udzielanych świadczeń.
	<i>National Quality Strategy</i> (Narodowa Strategia Jakości) – wprowadzenie wymogu corocznej aktualizacji krajowej strategii poprawy jakości, która obejmuje poprawę warunków świadczenia oraz realizuje cele polityki zdrowotnej (między innymi poprawę zdrowotności populacji).
	<i>Nutritional Labeling</i> – wymaga ujawnienia wartości odżywczej standardowych potraw menu w sieci restauracji.
	Wprowadzenie programów profilaktycznych kierowanych do osób starszych (seniorów z programu Medicare). Możliwość skorzystania raz w roku z usług wellness.
2012	Uruchomienie programu <i>Medicare Independence at Home Demonstration</i> , polegającego na zapewnieniu właściwej opieki w warunkach domowych. W program włączona jest edukacja pacjenta i jego rodziny.
	Określenie procedur kontroli i nadzoru oraz raportowania dla dostawców i usługodawców uczestniczących w realizacji programów Medicare, Medicaid, CHIP.
	Wprowadzenie programu <i>Data Collection to Reduce Health Disparities</i> – zbieranie danych w celu zmniejszenia nierówności/dysproporcji w dostępie do usług medycznych i ich świadczeniu.
	Redukcja biurokracji i kosztów administracyjnych systemu – ujednoczenie dokumentacji, systemu rozliczeń, korzystanie z elektronicznych kart zdrowia.
2013	Nałożenie podatku akcyzowego 2,3% na sprzedaż urządzeń medycznych.
	Rozszerzenie możliwości ubezpieczenia w ramach programu CHIP.
2014	Rozszerzenie programu Medicaid dla wszystkich osób niekwalifikujących się do Medicare w wieku 65 lat, o dochodach do 133% federalnego progu ubóstwa.
	Od 1 stycznia 2014 roku wymóg indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego pod sankcją kary finansowej. Ubezpieczenia będzie można wykupić na rynku, jeśli pracodawca go nie zaoferuje. Firmy ubezpieczeniowe będą miały obowiązek ubezpieczenia wszystkich osób zgłoszonych, niezależnie od stanu zdrowia czy wielkości gospodarstwa domowego.
	<i>Wellness Programs in Insurance</i> – program pozwala zaoferować pracownikom nagrody w wysokości do 30% zwrotu kosztów za udział w programach wellness. Od 1 stycznia 2014 roku ruszy 10 pilotażowych programów rządowych wellness, których celem jest nie tylko profilaktyka, ale też zadbanie o lepszą kondycję populacji.
2015	Propozycja zwiększenia zakresu korzystania z programu CHIP – większe dotacje na program.

Źródło: Opracowano na podstawie danych ze stron: <http://healthreform.kff.org/the-basis/>, www.HealthCare.gov, www.pcori.org, www.stopmedicarefraud.gov [dostęp: 5.02.2013] oraz J.C. Goodman, *Health Insurance*; M.A.Morrissey, *Is Health Care Different?*, www.econlib.org [dostęp: 5.02.2013].

świadczeń zdrowotnych, przejmując w ten sposób znaczną część indywidualnej odpowiedzialności za zaspokojenie potrzeb jednostki i rodziny na świadczenia zdrowotne. Z punktu widzenia pacjenta najważniejszą jej cechą jest to, że jest opartą na przedpłatach i daje dostęp do kompleksowej (zintegrowanej) opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia zasad organizacyjnych najważniejszym jej elementem jest możliwość stosowania rozwiniętych metod zarządzania, dzięki czemu zasoby są wykorzystywane optymalnie [Włodarczyk i Poździej 2001, s. 182]. Ciągłe zmiany nie przyczyniają się jednak do wyrównania szans dla wszystkich obywateli Stanów Zjednoczonych (w równym dostępie do świadczeń zdrowotnych) [Randall 2008]. Reforma przeprowadzona przez B. Obamę zakładała, że pracodawcy powinni płacić składkę ubezpieczeniową, koszty dzieląc z pacjentami, pacjenci powinni mieć ubezpieczenie (wykupione przez pracodawców lub osobiście), firmy ubezpieczeniowe powinny przyjmować wszystkie zgłoszenia z chęcią ubezpieczenia, niezależnie od wcześniejszych warunków²⁶. W dniu 23 marca 2010 roku została wprowadzona ustawa **Affordable Care Act** (ACA, Public Law 11–148)²⁷. Reforma została przygotowana wieloetapowo, co przedstawiono w tabeli 1.5.

Czwarty typ modelu opieki zdrowotnej obowiązywał we wszystkich krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Koncepcja ta, określana jako socjalistyczna służba zdrowia, oparta była na zasadach sformułowanych jeszcze w latach trzydziestych przez M. Siemiaszkę, ówczesnego komisarza ds. zdrowia w byłym ZSRR. M. Siemiaszko był nie tylko twórcą teoretycznych założeń, ale także architektem systemu. Fundamenty polityki zdrowotnej zawierały następujące elementy: (a) uniwersalny dostęp do usług medycznych dla całej populacji, (b) finansowanie za pośrednictwem budżetu, (c) zatrudnienie lekarzy na państwowych etatach, (d) pełny zakres świadczeń całkowicie bezpłatnych, z wyjątkiem niektórych leków dostępnych w opiece otwartej. Z kolei podstawowe zasady organizacyjne wprowadziły jednolitość organizacyjną całego systemu, podporządkowanie centralnemu sterowaniu, partycypację ludności w działaniach na rzecz zdrowia i jego ochrony oraz nastawienie na działania profilaktyczne w stosunku do całej ludności [Włodarczyk 1996, s. 320]. Model Siemiaszkowski pod pewnymi względami przypominał omówiony już model Beveridge’a, przede wszystkim pod względem dominacji sektora publicznego w zakresie wytwarzania świadczeń zdrowotnych, a także oparcia finansowania systemu na publicznych środkach budżetowych. Model ten gwarantuje bardzo obszerny zakres uprawnień w korzystaniu ze świadczeń

²⁶ Wskazówki do osiągnięcia do 2014 roku [*Summary of Health Care System 2011*].

²⁷ Affordable Care Act (ACA, Public Law 11–148) składa się z 10 części: (1) Quality, Affordable Health Care for All Americans, (2) The Role of Public Programs, (3) Improving the Quality and Efficiency of Health Care, (4) Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health, (5) Health Care Workforce, (6) Transparency and Program Integrity, (7) Improving Access to Innovative Medical Therapies, (8) Community Living Assistance Services and Supports Act (CLASS Act), (9) Revenue Provisions, (10) Reauthorization of the Indian Health Care Improvement Act.

oraz eliminuje prawie całkowicie odpowiedzialność jednostki za zapewnienie sobie dostępu do opieki medycznej. Elementem charakterystycznym dla tego modelu było całkowite wyeliminowanie gry rynkowej i inicjatywy w zakresie tworzenia podmiotów wytwarzających świadczenia zdrowotne [Krajewski-Siuda i Romaniuk 2011, s. 39].

Przykładem modelu budżetowego wzorowanego na modelu Siemaszki była Polska. W pierwszym 25-leciu funkcjonowania modelu Siemaszki w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1948–1972) rozpoczęto budowę państwowej służby zdrowia funkcjonującej w systemie nakazowo-rozdzielczym. Początkiem systemu było uchwalenie Ustawy z dnia 29 listopada 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia. W kolejnym okresie, tj. w latach 1973–1998, rozpoczęto tworzenie zespołów opieki zdrowotnej, początkowo w powiatach. Model zespołów opieki zdrowotnej idealnie pasował do obszarów wiejskich oraz małych i średnich miast. Począwszy od 1989 roku rozpoczął się proces dezintegracji zespołów – w miejsce zespołu opieki zdrowotnej pojawił się zakład opieki zdrowotnej w formie publicznych, samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładów. Powołanie kas chorych z dniem 1 stycznia 1999 roku położyło kres modelowi Siemaszki [Sanecki 2011, s. 39]. W.C. Włodarczyk [1996, s. 323] jest zdania, że model ten „stosunkowo niedawno uważany za wzorcową konstrukcję, obecnie jest formą skazaną na historyczną banicję”.

Upadek systemu komunistycznego uruchomił szereg procesów, których wpływ na przemiany w sytuacji zdrowotnej społeczeństw je zamieszkujących był syner-

Tabela 1.6. Sposoby finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach

Systemy ubezpieczeniowe	Systemy oparte na podatkach, narodowy system zdrowia	System w trakcie transformacji z modelu Siemaszki na model ubezpieczeniowy	
		państwa Europy Środkowej i Wschodniej	państwa powstałe w wyniku rozpadu ZSRR
Stabilne finansowo Austria Belgia Francja Holandia Luksemburg Niemcy Szwajcaria	Stabilne finansowo Dania Finlandia Islandia Irlandia Norwegia Szwecja Wielka Brytania	Albania Bośnia i Hercegowina Bułgaria Chorwacja Estonia Węgry Litwa Łotwa	Armenia Azerbejdżan Białoruś Gruzja Kazachstan Kirgizja Mołdawia Rosja
W trakcie transformacji Izrael Turcja	W trakcie transformacji Grecja Włochy Portugalia Hiszpania	Polska Rumunia Słowacja Słowenia Macedonia	Tadżykistan Turkmenia Ukraina Uzbekistan

Źródło: G. Jasiński, 2008, za: Siwińska i in. 2008.

giczny. W państwach, które rozpoczęły reformy systemu służby zdrowia, napotkano duże problemy i właściwie nigdzie nie zakończyły się one sukcesem. Przyczyn tego można upatrywać w uwarunkowaniach zewnętrznych i wewnętrznych. Pierwsze, niezależne od reformatorów, są związane z koniecznością przeprowadzenia kosztownych reform także na innych polach, co skutkowało szczupłością środków na wprowadzenie reform w służbie zdrowia. Z kolei drugie, zależne od reformatorów, wynikały ze słabości władz, a więc albo z nadmiernego optymizmu, albo z braku ciągłości w procesach reformatorskich. Na przykład w latach 1990–1992 decentralizacja zaczęła być wdrażana w Bułgarii, na Węgrzech, Litwie, w Czechach, Polsce i Rumunii. Trzy ostatnie państwa w 2003 roku rozpoczęły proces ponownej centralizacji [Michalski 2010, s. 41]. Sposoby finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach przedstawiono w tabeli 1.6.

1.6. Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej

Proces reformowania opieki zdrowotnej dotknął nie tylko kraje bloku wschodniego. W Europie Zachodniej także przeprowadzono wiele reform. W Wielkiej Brytanii reforma z 1978 roku miała za zadanie zracjonalizowanie modelu Beveridge'a, reforma zaś z 1992 roku poddała ten model transformacji, wprowadzając elementy rynkowe w postaci „rynku wewnętrznego”. W Niemczech zarówno reforma N. Blüma z 1989 roku, jak i reforma W. Schöfera z 1993 roku, miały na celu ograniczenie kosztów ochrony zdrowia. Z kolei w Holandii reforma Z. Dekkera w 1986 roku wprowadziła zasady rynkowe. Dodać wypada, że we Francji projekty reform L. Jospina i J. Chiraca z 1995 roku miały ograniczyć wzrost wydatków. Warto zauważyć również, że w państwach Europy Południowej nastąpiło przejście z modelu ubezpieczeniowego do narodowej służby zdrowia: we Włoszech w 1978 roku, w Portugalii w 1979 roku, w Grecji w 1983 roku i w Hiszpanii w 1986 roku [Siwińska i in. 2008 nr 118].

W procesie wdrażania reform można dostrzec zjawisko konwergencji, czyli nabierania przez systemy cech wspólnych. Wynika ono nie tylko z europejskich fundamentów systemowych (solidaryzmu i efektywności), ale też z integracji europejskiej. W państwach Unii próbuje się pogodzić publiczną odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa z efektywnością ekonomiczną, co objawia się w podnoszeniu nakładów na ochronę zdrowia oraz w zmianach dotyczących finansowania i produkcji świadczeń [Włodarczyk 2003, s. 23]. Reformy mające poprawić efektywność polegały na wprowadzaniu rynku wewnętrznego i umożliwieniu pacjentowi wyboru świadczeniodawcy. Działania w podsystemie świadczeniodawców dotyczyły usamodzielniania szpitali oraz lekarzy opieki podstawowej poprzez ustalenie dla nich budżetów. Nie przyniosły one jednak spodziewanych efektów, gdyż wzrosły koszty administracyjne [Golinowska, Koziarkiewicz i Sowada 2004, s. 65]. W celu ograniczania zjawiska wzrostu kosztów w państwach Unii

podejmowano działania w kierunku jednoczesnego zmniejszenia podaży usług medycznych oraz ograniczania popytu na świadczenia. Polegało to na wprowadzaniu współpłacenia, którego celem było ograniczenie zjawiska tzw. moralnego hazardu (*moral hazard*), czyli skłonności pacjentów do nadużywania świadczeń. Odpłatność ta dotyczyła najczęściej: wizyt u specjalistów, kosztów wyżywienia w szpitalu, usług okulistycznych i stomatologicznych (np. w Niemczech 10 euro za wizytę), ponadlimitowych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu (w Holandii 9 wizyt w ciągu roku), badań diagnostycznych, opieki domowej, sprzętu rehabilitacyjnego oraz leków (por. tabela 1.7). Oprócz funkcji regulacyjnej współpłacenie przyniosło dodatkowe korzyści (we Francji stało się dodatkowym źródłem finansowania systemu). Działaniem podejmowanym w procesie reform jest także racjonalowanie świadczeń przez koszyk świadczeń gwarantowanych. *Koszyk* to zestaw świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Konieczność jego utworzenia

Tabela 1.7. Współpłacenie za usługi medyczne w wybranych krajach do 2010 roku

Kraj	Lekarz pierwszego kontaktu	Specjalista	Szpital
Austria	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie/franczyza redukcyjna
Belgia	współubezpieczenie/ współpłacenie	współubezpieczenie	współpłacenie/współubezpieczenie
Dania	brak	brak	brak
Finlandia	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie
Francja	współubezpieczenie	współubezpieczenie	współubezpieczenie/ współpłacenie
Niemcy	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie
Islandia	współpłacenie	współpłacenie	brak
Irlandia	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie
Włochy	brak	współpłacenie/współubezpieczenie	brak
Luksemburg	współubezpieczenie	współubezpieczenie	współpłacenie
Norwegia	współpłacenie	współpłacenie	brak
Polska	brak	brak	brak
Portugalia	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie
Hiszpania	brak	brak	brak
Szwecja	współpłacenie	współpłacenie	współpłacenie
Szwajcaria	franczyza redukcyjna + współubezpieczenie	franczyza redukcyjna + współpłacenie	franczyza redukcyjna + współpłacenie
Wielka Brytania	brak	brak	brak

W części wymienionych krajów ze współpłacenia (w całości bądź w części) są zwolnione osoby ze względu na szczególną sytuację społeczno-ekonomiczną (wdowcy, dzieci do 18. roku życia, osoby z niskimi dochodami, osoby niepełnosprawne, sieroty, emeryci, pacjenci przewlekłe choroby).

Źródło: opracowano na podstawie: Ros, Groenewegen i Delnoij 2000, s. 7–10.

Tabela 1.8. Polskie uregulowania prawne na tle rozwiązań modelowych

Element powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	Model Bismarcka – tzw. model ubezpieczeniowy	Model Beveridge’a – tzw. model zaopatrzeniowy	Uregulowania prawne ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym	Uregulowania prawne ustawy o ubezpieczeniu w NFZ
Główne źródło finansowania systemu ochrony zdrowia	składka ubezpieczeniowa płacona przez ubezpieczonego, pracodawcę lub budżet państwa	środki budżetowe	składka ubezpieczeniowa płacona przez ubezpieczonego lub budżet państwa zasilająca poszczególne kasy chorych według paritetu procentowego udziału, a nie rzeczywistych przychodów	składka ubezpieczeniowa zbierana do jednego „worka” i dzielona według nieokreślonych kryteriów na oddziały NFZ
Podstawa prawna do uzyskania świadczeń zdrowotnych przez pacjenta	opłata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką według listy pozytywnej)	wszyscy obywatele lub mieszkańcy kraju mają dostęp do usług medycznych; wyłączenia na podstawie listy negatywnej	opłata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką według listy pozytywnej); brak ewidencji i identyfikacji ubezpieczonych oraz identyfikacji płatności składki	opłata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką wg listy pozytywnej). Lista pozytywna obejmuje w zasadzie wszystkich obywateli kraju
Wybór „trzeciej strony” przez ubezpieczonego	szeroka możliwość wyboru „trzeciej strony” lub regionalny bądź branżowy monopol „trzeciej strony”	brak wyboru – monopol państwowy „trzeciej strony”	możliwość wyboru „trzeciej strony” regionalnej lub branżowej; brak przepisów prawnych umożliwiających wybór innej instytucji prowadzącej ubezpieczenia zdrowotne	brak możliwości wyboru „trzeciej strony”; monopol państwowy – „trzecia strona” – NFZ
Sposób zapewnienia świadczeń zdrowotnych pacjentom	zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych lub finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych	pośrednie zaopatrzenie obywateli w świadczenia	finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych lub zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych	pośrednie zaopatrzenie obywateli w świadczenia poprzez zakup świadczeń zdrowotnych

Możliwość wejścia do systemu poprzez świadczeniodawców	kontrakt z „trzecią stroną” jako wyraz uzyskania koncesji po spełnieniu określonych ustawowo warunków	kontrakt z dysponentem środków publicznych; ograniczony do jednostek publicznych i w drugiej kolejności do jednostek prywatnych	kontrakt uznaniowy, bez powoływanych i kwantyfikowalnych kryteriów, z „trzecią stroną” z limitem zakupionych świadczeń	kontrakt uznaniowy, oparty na powoływanych, ale nie kwantyfikowalnych kryteriach, z „trzecią stroną” z limitem zakupionych świadczeń
Metoda redystrybucji środków oraz metoda ustalania cen i stawek świadczeń zdrowotnych	kontrakty oparte na zasadzie finansowania świadczeń. Kontrakty otwarte o stałej wycenie świadczeń lub stawce degressywnej	kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli; najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy; brak cen i stawek świadczeń zdrowotnych lub jedynie pomocniczy charakter	kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli; najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy poprzez limity ilości świadczeń	kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli; najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy poprzez limity ilości świadczeń
Bieżący dostęp świadczeniodawców do środków finansowych	równość w dostępie do środków ubezpieczeń zdrowotnych	dostęp ograniczony decyzyją administracyjną państwa; prywatni świadczeniodawcy finansowani w drugiej kolejności	dostęp ograniczony z limitem mieszczenie ilością środków finansowych	dostęp ograniczony z limitem mieszczenie ilością środków finansowych
Wybór świadczeniodawców przez pacjentów; ograniczenia w świadczeniach	nieograniczony dostęp w stosunku do świadczeniodawców posiadających umowy z „trzecią stroną”; przypadki ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> prowadzonej przez „trzecią stronę” – potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją	ograniczony dostęp w zasadzie i w pierwszej kolejności do jednostek publicznych, często wraz z monopolem regionalnym i do wycterpania się limitu zaopatrzeniowego	ograniczony dostęp w stosunku do świadczeniodawców posiadających umowy z „trzecią stroną” do wycterpania indywidualnego limitu; brak systemu ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> prowadzonej przez NFZ – potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją	ograniczony dostęp w stosunku do świadczeniodawców, posiadających umowy z NFZ do wycterpania indywidualnego limitu; brak systemu ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> , prowadzonej przez NFZ – potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją

Źródło: Kozierkiewicz i in. 2006.

pojawiła się w Europie w związku z postępem technologicznym i wzrostem liczby procedur medycznych. Do zasadniczych celów koszyka należą określenie zakresu uprawnień pacjenta do świadczeń, obowiązków płatnika i świadczeniodawcy, a także rozwój i selekcja technologii medycznych [Kolwicz 2010, s. 135].

A. Kozierkiewicz, W. Misiński, A. Sośnierz i T. Teluka konstatują, że w Polsce ruch reformatorski został oparty na błędnych założeniach wywodzących się z rozwiązań zaproponowanych w modelu Beveridge'a (polskie uregulowania zostały przedstawione w tabeli 1.8). Dodatkowo funkcjonowanie modelu Siemaszki spowodowało, że (mimo uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, a następnie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w Polsce nie występuje model Bismarcka, ale hybryda wszystkich modeli, czyli połączenie teoretyczne złożenia modeli Bismarcka, ze szczegółowymi rozwiązaniami modelu Beveridge'a i ich interpretacją w duchu Siemaszki [Kozierkiewicz i in. 2006].

Informacje dotyczące procesu reformowania systemu ochrony zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych dostępne są w raportach OECD²⁸. Organizacja ta, zgodnie z kryteriami Banku Światowego, wyodrębnia z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia trzy podgrupy. Pierwszą tworzą: Irlandia, Nowa Zelandia, Finlandia, Hiszpania i Wielka Brytania. Do problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w tych państwach, oprócz kolejek do specjalistów, zalicza się obawy o zbyt szybko rosnące koszty opieki zdrowotnej i ich wpływ na poziom podatków oraz zbyt niską efektywność pracy w części placówek opieki zdrowotnej. Drugą podgrupę wśród krajów członkowskich OECD tworzą: Australia, Belgia, Francja, Holandia, Japonia, Kanada, Luksemburg, Niemcy, Szwajcaria i Włochy. Opieka zdrowotna w tych krajach opiera się w znacznej mierze na szpitalach prywatnych nienastawionych na zysk, a lekarze opłacani są w znacznej części na zasadzie opłaty za usługę. Sytuacja zdrowotna społeczeństw wspomnianych państw jest uznawana za dobrą, z pełną dostępnością do świadczeń zdrowotnych, nie notuje się kolejek do specjalistów. Wśród zagrożeń stojących przed systemem opieki zdrowotnej w tych państwach wymienia się rosnące obciążenia składkami ubezpieczeniowymi zarówno pracodawców, jak i pracowników. Ostatnim krajem w grupie najwyżej rozwiniętych są Stany Zjednoczone. Pomimo najwyższych wydatków przeznaczanych na zdrowie, brak pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz bardzo wysokie koszty świadczeń są ciągle przedmiotem debat politycznych kolejnych kampanii wyborczych [Leowski 2010, s. 125].

²⁸ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) powstała w 1961 roku. W początkowym okresie grupowała 20 uznanych za najbogatsze krajów świata: Austrię, Belgię, Danię, Francję, Grecję, Hiszpanię, Holandię, Irlandię, Islandię, Kanadę, Luksemburg, Niemcy, Norwegię, Portugalię, Stany Zjednoczone, Szwecję, Szwajcarię, Turcję, Wielką Brytanię i Włochy. W kolejnych latach przyłączyło się do Organizacji dalszych 10 krajów. Były to: Japonia, Finlandia, Australia, Nowa Zelandia, Meksyk, Czechy, Węgry, Polska (1996 rok), Korea Płd. i Słowacja [Leowski 2010, s. 122]. W 2010 roku dołączyły Chile, Słowenia, Izrael i Estonia.

Reformowanie się systemów opieki zdrowotnej to proces długotrwały, determinowany czynnikami o charakterze demograficznym, ekonomicznym i technologicznym. Zmiany, które powoli są wdrażane, nie będą możliwe bez znaczących impulsów do procesów inicjalizacji. J. Leowski wyróżnia pięć warunków, które mogą dać impuls trendom reformatorskim. Wymóg pierwszy to założenie, że reforma jest niezbędna w związku z pojawieniem się sytuacji kryzysowej w systemie, pojawieniem się luk w funkcjonowaniu systemu. Niepodjęcie zmian może grozić dalszym pogorszeniem się sytuacji. Drugim wymogiem jest to, że reforma jest możliwa – tzn. znane są i uznane inne metody funkcjonowania systemu, nowe idee umożliwiające osiągnięcie zakładanych celów. Brak alternatywnych metod i idei gwarantujących osiągnięcie zakładanych efektów uniemożliwia reformę. Z kolei istnienie nowych metod i idei samo w sobie nie wystarcza, dopóki wiedza o nich nie jest szeroko rozpowszechniana wśród wszystkich grup społecznych zainteresowanych reformą. Warunkiem trzecim są dostępne środki niezbędne do wprowadzenia reformy, czwartym zaś istnienie pełnej motywacji znacznej większości uczestników procesu reformy do wprowadzania zaplanowanych zmian. Wydaje się on bardzo ważny, gdyż wszelkie zmiany wywołują opór, najczęściej w początkowym okresie. Ostatnim, piątym wymogiem zmian jest, aby wszystkie wymienione cztery punkty wystąpiły równocześnie [Leowski 2010, s. 118].

Tabela 1.9. Ogólna charakterystyka kierunków reform

	Kierunek reform
Organizacja sektora	– wprowadzenie funkcji lekarza rodzinnego i odejście od poliklinik – wyodrębnienie specjalistyki, placówek pielęgnacyjnych i hospicjów – budowa instytucji zdrowia
Prywatyzacja własności	– prywatne gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – prywatna specjalistyka – prywatne szpitalnictwo, rehabilitacja, usługi pielęgnacyjne i hospicja
Prywatyzacja finansowa	– ubezpieczenia dodatkowe, alternatywne – współpłacenie w systemie publicznym
Decentralizacja/centralizacja	– decentralizacja funkcji właścicielskich – krajowa sieć szpitali – decentralizacja funkcji płatniczych
Modernizacja zarządzania	– wprowadzenie zawodu menedżera zdrowia, systemu informacji o usługach i kosztach – sporządzenie analiz i prognoz ekonometrycznych – badanie satysfakcji pacjentów i wykorzystywanie ich w procesie zarządzania
Zmiana metod finansowania placówek	– w POZ – od opłat za usługę do kapitał – w szpitalnictwie – od opłat za osobodzeń do JGP (jednorodnych grup pacjentów)

Źródło: Golinowska 2006, s. 25.

Reformowanie systemu opieki zdrowotnej nie jest prostym zadaniem, z jednej strony ze względu na wysokie oczekiwania społeczeństwa, a z drugiej – na ograniczone zasoby w systemie. J. Żyżyński [2010] przedstawia podstawowe dylematy, które dotyczą wyborów i ich uwarunkowań reformowania systemu. Ogólną charakterystykę kierunków reform przedstawia tabela 1.9.

Dylemat pierwszy to problem priorytetów. Praca nad reformowaniem systemu wymaga zdefiniowania w systemie priorytetów. Wobec lekarza stawia się dwa naczelne zadania: troska o zdrowie chorego (*salus aegroti suprema lex*) oraz nieszkodzenie choremu (*primum non nocere*). Przyrzeczenia lekarskie odnoszą się jednak do pacjentów jako jednostek indywidualnych, nie są jednak podstawowym priorytetem w systemie. Żyżyński przedstawia propozycję utworzenia, na wzór amerykańskiego Medicaid, zobowiązania placówek medycznych do świadczenia usługi, jako wymogu prawnego. W takim wypadku lekarze, którzy złożyli przysięgę Hipokratesa, mogliby występować na drogę sądową w stosunku do NFZ, jeśli z powodu ograniczonych środków nie mogliby takiej usługi medycznej zrealizować.

Dylemat drugi – dobro indywidualne, czy dobro publiczne. Wyjątkowy charakter zdrowia polega na tym, że ma cechy dwóch kategorii: ma wartość indywidualną dla każdego pacjenta, ale zarazem można je zaliczyć do jednego z podstawowych dóbr publicznych i społecznych. Dobra publiczne to dobra zaspokajające potrzeby zdrowotne dotyczące ogółu społeczeństwa, wynikające z realizacji zasady *pro publico bono*. Dobra społeczne to takie, które z zasady zaspokajają potrzeby osób indywidualnych, ale zostają upublicznione ze względów społecznych, ich dystrybucja odbywa się zatem poprzez instytucje sektora publicznego, realizującego cele wspólne, z wszelkimi zasadami dystrybucji dóbr publicznych [Owsiak 2011, s. 26–31]. J. Żyżyński [2010] uważa, że indywidualny charakter chorób jest często pozorny, gdyż w przypadku osób pracujących dotyczy także pracodawcy i współpracowników: choroba pracownika prowadzi do dezorganizacji w miejscu pracy i wpływa na rynek pracy, a ponadto wymaga często organizowania dodatkowej opieki. Społeczne skutki braku sprawnej opieki medycznej stały się powodem tego, że w wielu krajach zdrowie zalicza się do kategorii dóbr społecznych, a państwo uznaje, że jego obowiązkiem jest zorganizowanie takiego systemu ochrony zdrowia, który zapewni wszystkim członkom społeczności dostęp do opieki medycznej, bez względu na ich mentalny status. Uspołecznienie opieki zdrowotnej rodzi konsekwencje co do finansowania leczenia. Po pierwsze w systemie uspołecznionym koszty nie powinny być dla indywidualnej osoby barierą dostępu do usługi. Finansowanie powinno być realizowane bezpośrednio ze środków budżetowych lub z wykorzystaniem zasady ubezpieczenia wzajemnego (oznacza to, że zbiorowość składa się na wspólny fundusz, z którego pokrywane są koszty rekompensaty skutków zdarzeń losowych dotyczących niektórych członków tej zbiorowości). Po drugie zaspokojenie potrzeb przez instytucje publiczne wymaga

nakładów kapitałowych i bieżących: opłacenia ludzi, materiałów, sprzętu. Niezbędne okazuje się zatem obciążenie dochodów, które ma charakter podatku lub opłaty dodatkowej, a to zwykle budzi zastrzeżenia. Pojawia się naturalna tendencja do tworzenia nacisku na obniżenie opłat, co w Polsce doprowadziło do zaniżenia poziomu składek na publiczną ochronę zdrowia.

Problem trzeci – kryteria ekonomiczne, czy misja leczenia. Zaniżone opłaty oznaczają brak środków na pełną realizację zadań systemu opieki zdrowotnej – powstaje problem ograniczonych limitów i zasobów. Ograniczone zasoby to niewykorzystany potencjał i postawienie placówek ochrony zdrowia w sytuacji niemożliwości realizacji ich misji, a lekarzy wobec konfliktu z obowiązkiem respektowania złożonego przyrzeczenia lekarskiego. Limity wydają się naturalną ekonomiczną konsekwencją ograniczonych zasobów, jednakże jest to działanie przeciw Konstytucji i stanowi dowód nie tylko ekonomicznej, ale i prawnej ignorancji twórców reformy systemu²⁹. Problem ograniczonych zasobów może być rozwiązany tylko poprzez ustanowienie racjonalnego systemu finansowania. Zdrowe finanse publiczne to takie, które zapewniają instytucjom publicznym dostateczne środki, by mogły właściwie realizować swoje cele w warunkach konkurencji o zasoby z przedsiębiorstwami rynkowymi.

Dylemat czwarty – jaka składka i kto ma płacić składkę. Poziom składki w 1999 roku był na poziomie 7,5% PKB, co spowodowało do minimum finansowanie budżetowe i spowodowało, że Polska miała jeden z najniższych finansowanych systemów opieki zdrowotnej. W większości krajów składka była wówczas na poziomie 13–16% PKB. Polska jest jedynym krajem z grupy krajów transformujących gospodarki z socjalistycznych na rynkowe, w których pracodawcy nie dokładają się do ochrony zdrowia w dalszej części pracy, w tabeli 1.11, przedstawiono wydatki na ochronę zdrowia w latach 2000–2010 w wybranych krajach, jako % PKB).

Kwestia formy prawnej to kolejny, piąty dylemat. Rozwiązanie problemu dotyczącego formy prawnej placówek leczniczych (prywatna czy publiczna) zależy od racjonalnej analizy celów i priorytetów postawionych przed instytucjami ochrony zdrowia, kształtowania relacji między podmiotami wchodzącymi we wzajemne relacje w procesie realizacji usług ochrony zdrowia, warunków i kosztów funkcjonowania instytucji, czyli kryteriów ekonomicznych oraz innych szeroko rozumianych uwarunkowań.

Dylemat szósty – sprawa koszyka usług gwarantowanych. Koncepcja koszyka usług gwarantowanych wynika z ograniczoności zasobów i często rozmijania się z oczekiwaniami pacjentów. Zbudowanie koszyka powinno być poprzedzone

²⁹ Konstytucja mówi o obowiązku poszanowania i ochrony praw obywateli oraz o prawie do równego traktowania i zakazie dyskryminacji – a dyskryminacją jest odmowa dostępu do usługi medycznej z powodu braku środków finansowych lub stawianie się do szpitala w nieodpowiednim czasie (w końcu roku, gdy wyczerpały się limity) [Żyżyński 2010].

rozstrzygnięciem dylematu: koszyk pozytywny, czy negatywny. Koszyk pozytywny to lista usług, które usługobiorca ma prawo otrzymać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Koszyk negatywny to lista, która zawiera procedury i usługi, których za składkę pacjent nie otrzyma. W procesie tworzenia koszyka może się pojawić niebezpieczeństwo zastosowania kryteriów ekonomicznych w warunkach zaniżonego finansowania.

Dylemat siódmy – jak radzić sobie z asymetrami. Autor wymienia dwa rodzaje asymetrii: motywacji i informacji. Asymetria motywacji oznacza, że pacjent chce być zdrowy i leczony jak najszybciej, a lekarz chce za leczenie pacjenta otrzymywać wynagrodzenie. Powiązanie pracy lekarza z motywacją finansową J. Żyżyński nazywa erozją etyki. Druga sfera – asymetria informacji – polega na tym, że pacjent nie ma wiedzy merytorycznej co do procesu świadczenia usługi od postawienia diagnozy, aż po wynik końcowy, a skoro lekarz otrzymuje opłatę za proces leczenia, a nie za wynik końcowy, istnieje nie tylko ryzyko nadużyć, ale też kreowania potrzeb.

1.7. Koordynacyjna aktywność Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia

W ochronie zdrowia, jak też w innych obszarach usług publicznych, mają miejsce procesy liberalizacji i prywatyzacji. Mimo że ochrona zdrowia podlega wyłącznej kompetencji politycznej krajów członkowskich, polityka Unii Europejskiej ma stosunkowo duży wpływ na politykę w sektorze zdrowotnym [Streisler 2005, za: Papouschenk i Böhlke 2008, s. 1]. Po pierwsze są to kryteria Unii Gospodarczej i Walutowej z Maastricht, które wyznaczają państwom coraz węższe pole manewru w wydatkach publicznych, z których duży odsetek stanowią wydatki na ochronę zdrowia. W ramach strategii lizbońskiej i Europejskiej Agendy Społecznej państwa członkowskie wzywa się do konsolidacji systemów zdrowotnych [Urban, za: Papouschenk i Böhlke 2008, s. 1]. W dodatku podstawowych swobód rynku wewnętrznego w coraz większym stopniu żąda się przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości, także w sektorze zdrowotnym [Lamping 2007, s. 2–7]. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w służbie zdrowia ostatnich lat doprowadziło już do wielu zmian na rynku pracy, rynku farmaceutycznym, w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i inwestycji szpitalnych [Hofbauer 2006]. Wraz z kryzysem gospodarczym koszty wywołane coraz droższym i coraz szybciej starzejącym się sprzętem przerosły wzrost produktu krajowego brutto [Papouschenk i Böhlke 2008, s. 1]. Przyczyny wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną przedstawił H. Maarse, odnotowując, że wzrost wydatków na opiekę zdrowotną może być spowodowany następującymi czynnikami: (1) postępem w dziedzinie medycyny (np. w Stanach Zjednoczonych rozwój technologii

medycznej był odpowiedzialny za ponad 50% wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną w latach 1960–1997 i wzrost o 75% w kolejnych latach); (2) uwarunkowaniami demograficznymi (wydłużyła się przeciętna długość życia w krajach OECD; osoby w podeszłym wieku wykorzystują nieproporcjonalnie większą część wydatków na opiekę medyczną; oczekuje się, że wydatki będą wykazywać dalszy wzrost spowodowany coraz częstszym występowaniem chorób podeszłego wieku oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na stacjonarną opiekę medyczną); (3) inflacją medyczną (wzrost cen postępuje w sektorze usług medycznych znacznie szybciej niż w innych gałęziach gospodarki; do wzrostu inflacji medycznej może także przyczynić się znaczna podwyżka wynagrodzenia, która powoduje odpływ wykwalifikowanych lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego z nowo przyjętych krajów Unii Europejskiej); (4) rosnącymi oczekiwaniami społeczeństwa (społeczeństwo oczekuje szerszej opieki medycznej niż w przeszłości); (5) uwarunkowaniami politycznymi [Maarse 2004, s. 1–5].

W wielu krajach źródłem prawa do ochrony zdrowia są ustawy zasadnicze. Przy ich tworzeniu ustawodawca powinien się kierować treścią norm, a także mieć na uwadze adresata. W konstytucjach wielu krajów (Litwy, Słowenii, Słowacji, Czech, Węgier, Polski, Włoch, Francji i Grecji) zagwarantowano ochronę zdrowia³⁰. W części jednak państw konstytucje, zwłaszcza stare, nie poruszały spraw związanych z ochroną zdrowia: Konstytucja Stanów Zjednoczonych (17 września 1878 roku), Belgii (7 lutego 1831 roku, tekst jednolity 14 lutego 1994 roku), Norwegii (17 maja 1814 roku, ostatnia zmiana 19 czerwca 1994 roku), Szwecji (z 1809 roku, tekst jednolity 21 grudnia 1988 roku), Finlandii (17 lipca 1919 roku), Japonii (3 listopada 1946 roku), Niemiec (8 maja 1949 roku). Pominięcie jednak w ustawie zasadniczej praw socjalnych nie oznacza, że państwo takich praw nie gwarantuje i takich zadań nie realizuje. Mimo że konstytucje nie stanowią tego wprost, działalność taka jest szeroko rozwijana (np. w Szwecji) [Górecki 1999, za: Hibner 2003, s. 73–75].

Wspólnotowa koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego obejmuje wszystkie krajowe ustawodawstwa państw członkowskich odnoszące się do gałęzi zabezpieczenia społecznego, które dotyczą świadczeń w razie choroby i macierzyństwa, z tytułu inwalidztwa, świadczeń emerytalnych, świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej, zasiłków pogrzebowych,

³⁰ Konstytucja Litwy z dnia 25 października 1992 roku, art. 53; Konstytucja Słowenii z dnia 23 grudnia 1991 roku, art. 51; Konstytucja Słowacji z dnia 1 września 1992 roku, art. 38 i art. 40; Konstytucja Czech – Karta Podstawowych Praw i Wolności z dnia 16 grudnia 1992 roku, art. 29 i 31; Konstytucja Węgier z dnia 18 sierpnia 1949 roku, tekst jednolity 24 sierpnia 1990 roku, 070/D; Konstytucja Włoch z dnia 27 grudnia 1947 roku, art. 32; Konstytucja Francji (wstęp do Konstytucji Republiki Francuskiej z dnia 13 października 1946 roku, utrzymany w mocy przez Konstytucję z dnia 4 października 1958 roku); Konstytucja Grecji z dnia 9 lipca 1975 roku, zmieniona 6 marca 1986 roku, art. 21.

w razie bezrobocia, świadczeń rodzinnych³¹. Regułą koordynacji jest to, że prawo do opieki zdrowotnej, podczas swobodnego przemieszczania się po państwach członkowskich, ma każda osoba, która objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym/chorobowym w powszechnym, krajowym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich Unii Europejskiej. Osoba ubezpieczona w jednym z krajów członkowskich Wspólnoty, tzn. osoba uprawniona, korzysta z opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim na takich samych zasadach, na jakich korzystają z opieki obywatele tego innego kraju objęci powszechnym, krajowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego/chorobowego [Krowicka i Pitera-Czyżowska 2004, s. 21]. Traktat o Unii Europejskiej podpisany w Maastricht 7 lutego 1992 roku kontynuował stopniowy rozwój wspólnotowej polityki w sprawie zdrowia i przyznał Wspólnocie nowe kompetencje w tej dziedzinie. Artykuł 129 traktatu z Maastricht z 1992 roku wskazuje że: „Wspólnota przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia poprzez zachęcanie do współpracy między państwami członkowskimi i jeśli jest to konieczne, wspiera ich działania. Działanie Wspólnoty ma na celu zapobieganie chorobom, zwłaszcza epidemiom, w tym uzależnieniom od narkotyków, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej”³². W pięć lat po podpisaniu Traktatu o Unii Europejskiej zwołana została konferencja międzyrządowa, której zadaniem było zaproponowanie rewizji traktatu z Maastricht. Konferencja doprowadziła do podpisania w 1997 roku w Amsterdamie traktatu, który wszedł w życie w 1999 roku. Podczas gdy artykuł 129 traktatu z Maastricht kładł nacisk na kwestie zapobiegania chorobom, a w szczególności podstawowym zagrożeniom zdrowotnym, traktat amsterdamski w artykule 152.1 stanowił, że działania Wspólnoty powinny być skierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom oraz eliminację źródeł zagrożenia dla zdrowia ludzkiego [Nowacki 2001, s. 2]. Znowelizowany artykuł zapewnia wyższą rangę zdrowia publicznego w działalności podejmowanej przez Unię Europejską. Nie odbierając państwom członkowskim (na rzecz Komisji Europejskiej) właściwych kompetencji, artykuł ustanowił następującą zasadę: zdrowie publiczne jest nieodłączną częścią problematyki integracyjnej. Głównymi zadaniami dotyczącymi poprawy sytuacji w zakresie zdrowia publicznego nie będą (tak jak w przeszłości) specjalistyczne programy zdrowotne, a zakres problematyki zdrowia publicznego będzie obejmował wszystkie kierunki polityki Wspólnoty. Nowy zapis potwierdza postulowany przez Światową Organizację Zdrowia wymóg wielosektorowego podejścia do zagadnień zdrowotności, obejmującego także dziedziny, jak: wspólny rynek, rolnictwo, transport, badania naukowe i edukacja, a działania Wspólnoty

³¹ Art. 4, paragraf 1 Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

³² Traktat z Maastricht, Tytuł X. Zdrowie Publiczne, 7 lutego 1992 roku, www.europa.eu/legislation.

w dziedzinie zdrowia publicznego mogą jedynie uzupełniać działalność państw członkowskich, lecz nie mogą ich zastępować [Informacja 1999, s. 19–20]. Programy polityki zdrowotnej w wybranych krajach europejskich do roku 2000 przedstawiono w tabeli 1.10.

Tabela 1.10. Programy polityki zdrowotnej w różnych krajach europejskich do 2000 roku

Kraj	Liczba celów i charakter	Nazwa formalna	Rok zatwierdzenia	Formalne zatwierdzenie: parlament, rząd, Ministerstwo Zdrowia
Austria	6 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	Public Health in Austria	1990, 1994,	rząd, MZ
Czechy	11 celów – prewencja, promocja zdrowia,	National Health Programme	1995	rząd, MZ
Dania	17 celów – prewencja, promocja zdrowia,	Program on Public Health and Health Promotion	1997, 2001	MZ Parlament
Finlandia	38 celów – program WHO	HFA	1989, 1993, 1997	rząd, debata publiczna
Francja	10 celów – prewencja, promocja zdrowia	Health in France	1994	rząd
Hiszpania	10 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	General Criteria for Health Coordination	1989	MZ
Holandia	3 cele – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	Framework for Health Policy	1995	MZ
Irlandia	10 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	A Health Promotion Strategy	1995	MZ
Niemcy	38 celów – program WHO	Brak ogólnokrajowego dokumentu	1997	rząd
Norwegia	4 cele ogólne	Report on Population Health	1996	MZ
Polska	18 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	National Health Programme	1990, 1996	rząd
Portugalia	45 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	A Strategy for the Change of the Health	1997	MZ
Rumunia		White Paper on Health Services	1997	MZ

Kraj	Liczba celów i charakter	Nazwa formalna	Rok zatwierdzenia	Formalne zatwierdzenie: parlament, rząd, Ministerstwo Zdrowia
Szwecja	5 celów – prewencja, System ochrony zdrowia	Priorities in Health System	1995	MZ, Komisja Parlamentu
Węgry	17 celów – prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	For Healthity National Health Program	2001	rząd
Wielka Brytania	6 celów w ramach zagadnień: prewencja, promocja zdrowia, System ochrony zdrowia	Health of the Nation	1992, 1998	MZ
Włochy	5 celów – prewencja, promocja zdrowia na bazie HFA	National Health System Plan	1993, 1995	MZ

Objaśnienie: MZ – Ministerstwo Zdrowia, HFA – program WHO „Zdrowie dla wszystkich”.

Źródło: Goryński i Wojtyniak 2005, s. 4.

W wielu dokumentach Unii Europejskiej, które nie mają charakteru prawa powszechnie obowiązującego, a jedynie wyrażają swoje stanowisko co do kierunków polityki w różnych obszarach, odnaleźć można akcenty w zakresie polityki zdrowia publicznego. Komunikat Komisji Europejskiej adresowany do Rady i Parlamentu Europejskiego, Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu ds. Regionów w sprawie opracowania nowej polityki zdrowia publicznego dla Wspólnoty Europejskiej, przedstawia w ogólnym zarysie proponowaną nową politykę dotyczącą zdrowia publicznego w obrębie Wspólnoty opartą na trzech działaniach: poprawie informacji w celu rozwoju zdrowia publicznego, szybkim reagowaniu na zagrożenia zdrowia, podjęciu walki z negatywnymi czynnikami determinującymi zdrowie poprzez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom [Hibner 2003, s. 214]. Wspólnota Europejska realizowała programy działania w zakresie zdrowia publicznego: wspólnotowy program zwalczania nowotworów na lata 1996–2000 [Decyzja nr 279/1996/WE], wspólnotowy program zwalczania uzależnień lekowych na lata 1996–2000 [Decyzja nr 102/1997/WE], wspólnotowy program zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych na lata 1996–2000 [Decyzja nr 647/1996/WE], wspólnotowy program promocji zdrowia na lata 1996–2000 [Decyzja nr 45/1996/WE], wspólnotowy program dotyczący monitorowania stanu zdrowia na lata 1997–2001 [Decyzja nr 1400/1997/WE], wspólnotowy program zapobiegania wypadkom i urazom na lata 1999–2003 [Decyzja nr 372/1999/WE], wspólnotowy program zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem

środowiska na lata 1999–2001 [Decyzja nr 1296/1999/WE], wspólnotowy program dotyczący chorób rzadko występujących na lata 1999–2003 [Decyzja nr 1295/1999/WE]. Kraje europejskie od lat prowadzą politykę zdrowotną opartą na długofalowych założeniach zawartych w dokumentach o charakterze aktów zatwierdzanych na szczeblu ministerstw lub parlamentów. Inspiracją do tworzenia tego typu działań była strategia WHO „Health for all” (Zdrowie dla wszystkich). Niektóre kraje adaptowały tę strategię, modyfikując zawarte w niej cele.

W Polsce na lata 1996–2005 przygotowano Narodowy Program Zdrowia, a następnie pod koniec 2004 roku i na początku 2005 roku rozpoczęto prace nad nową strategią ochrony zdrowia, która stała się częścią Narodowego Planu Rozwoju wynikającego ze zobowiązań podjętych przez kraje członkowskie UE na konferencji w Lizbonie (tzw. strategia lizbońska). W zakresie ochrony zdrowia w Polsce wyznaczono wstępnie nowe kierunki polityki zdrowotnej, których nadrzędnym celem jest *poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej* [Goryński i Wojtyniak 2005, s. 7]. Ministerstwo Zdrowia przygotowało Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013 przyjętą w czerwcu 2005 roku przez Radę Ministrów³³. Strategia ta zawierała zapis, że przygotowany na lata 2007–2015 Narodowy Program Zdrowia³⁴ jest integralną częścią Strategii w zakresie zdrowia publicznego i stanowi cel operacyjny 3.5 w brzmieniu *Realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015* oraz 3.6 *Wzmocnienie uczestnictwa społeczeństwa w działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia*. W Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013 przedstawiono analizę SWOT systemu ochrony zdrowia.

Istotność omawianego zagadnienia w zakresie zdrowia publicznego podkreśla program *Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego*, trzeci program działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020. Program wzmacnia i podkreśla powiązania między wzrostem gospodarczym a zdrowym społeczeństwem.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia w Europie są ukierunkowane na cięgle podnoszenie jakości świadczeń i ekonomizację systemu. Określenie celów,

³³ Celem nadrzędnym Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013 jest poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Aby go zrealizować, określono cztery cele strategiczne: (1) zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, (2) poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, (3) dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, (4) poprawa stanu zdrowia polskiego społeczeństwa w stopniu zmniejszającym dystans pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej [Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013; dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013, Ministerstwo Zdrowia, 21 czerwca 2005, s. 5].

³⁴ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku.

Tabela 1.11. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2000–2010 w wybranych krajach, jako % PKB

Kraje	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	–
Belgia	8,1	8,3	8,5	10,0	10,1	10,1	9,6	9,6	10,0	10,7	10,5
Czechy	6,3	6,4	6,8	7,1	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5
Dania	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1
Finlandia	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	8,9
Francja	10,1	10,2	10,6	10,9	11,0	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6
Grecja	8,0	8,9	9,2	9,0	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2
Hiszpania	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6
Holandia	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	10,8	11,0	11,9	12,0
Irlandia	6,1	6,7	7,0	7,3	7,5	7,6	7,6	7,8	8,9	9,9	9,2
Luksemburg	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,9	–
Niemcy	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Norwegia	8,4	8,8	9,8	10,0	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,8	9,4
Polska	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0
Portugalia	9,3	9,3	9,3	9,7	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,7
Słowacja	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0
Stany Zjednoczone*	13,7	14,3	15,1	15,7	15,8	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6
Szwecja	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6
Węgry	7,2	7,2	7,6	8,6	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8
Wielka Brytania	7,0	7,3	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,5	8,8	9,8	9,6
Włochy	8,0	8,2	8,3	8,3	8,6	8,9	9,0	8,6	8,9	9,3	9,3

*Stany Zjednoczone zostały przedstawione w celu porównania z krajami Unii Europejskiej.

Źródło: *OECD Health Data 2012*.

zadań oraz odpowiednich standardów ich realizacji jest nadrzędnym zadaniem państw Wspólnoty Europejskiej. Te standardy stanowią punkt odniesienia, jeśli chodzi o planowanie, zmiany i ocenę jakości usług medycznych. Rosnące wydatki na ochronę zdrowia spowodowały, że w polityce zdrowotnej państw członkowskich pojawiły się działania mające na celu częściowe przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie z państwa na obywateli [Skawińska 2009, s. 76]. Całkowite wydatki na zdrowie według szacunków OECD w 2010 roku w Polsce wynosiły 7,0% PKB, jest to zatem o 2 punkty procentowe mniej niż średnia dla krajów OECD, która wynosi 9,5% PKB. W tym samym czasie Stany Zjednoczone wydały 17,6% PKB, a Niemcy i Francja po 11,6% (tabela 1.11) [*OECD Health Data 2012*].

Podsumowanie

1. **Polityka społeczna** wiąże się z instrumentalnym wykorzystaniem władzy w państwie do osiągnięcia wszechstronnego dobrobytu obywateli z ograniczeniem nierówności socjalno-ekonomicznych oraz nierówności władzy między różnymi grupami obywateli [Szarfenberg 2013, s. 34].
2. Ochrona zdrowia jest jedną z dziedzin zabezpieczenia społecznego, poprzez którą państwo dąży do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli. Zdrowie zalicza się do kategorii dóbr społecznych.
3. **Polityka ochrony zdrowia** zyskuje szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej ze względu na to, że zdrowie zajmuje jedno z naczelných miejsc wśród wartości społecznych.
4. Polityka ochrony zdrowia jest dającym się wyodrębnić procesem intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym.
5. Polityka zdrowotna może być analizowana w kategoriach podziału zasobów przeznaczonych na osiągnięcie lub uniknięcie antycypowanych skutków zdrowotnych oraz procesu polegającego na projektowaniu i wdrażaniu działań, które **kształtują system opieki zdrowotnej**.
6. Gdyby przyjąć, że **kształt systemu opieki zdrowotnej** jest wytworem procesów polityki zdrowotnej, wówczas system zdrowotny byłby wyodrębnioną całością, złożoną z wielu różnorodnych elementów, które, powiązane więziami (między którymi zachodzą relacje), realizują **cel związany ze zdrowiem** [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 15].
7. **Celem każdego systemu opieki zdrowotnej** jest organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują, oraz używanie dostępnych zasobów, wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 29].
8. Uwarunkowania makrootoczenia będą ściśle determinowały wyznaczenie i możliwość realizacji celów zdrowotnych, doprowadzając do konieczności reformowania systemów. Proces reformowania jest zadaniem trudnym ze względu na rosnące oczekiwania społeczeństwa oraz ograniczone zasoby w systemie.
9. Światowe publikacje korelujące poziom zdrowotności społeczeństwa z potrzebami pacjentów, wzbudziły dyskusje na temat zagwarantowania społecznej równości oraz kreacji systemów opieki zdrowotnej w kontekście organizacji i dostarczania usług zdrowotnych. Podkreślano nie tylko konieczność dbałości o zapewnienie odpowiedniej jakości klinicznej, ale też szczególną rangę obsługi pacjenta.

10. Uwarunkowania ekonomiczne, demograficzne, historyczne i kulturowe doprowadziły do wyodrębnienia się **różnych systemów opieki zdrowotnej**. Różnią się one: zasadami finansowania, zakresem przysługujących świadczeń oraz warunkami nabywania do nich uprawnień.
11. Pojęcie **model opieki zdrowotnej** jest używane w dwojakim znaczeniu: (1) jako syntetyczny opis systemu określonego kraju lub grupy krajów, których systemy – zgodnie z założeniami stosowanego modelu – są dostatecznie podobne, (2) jest narzędziem porównywania systemów funkcjonujących w różnych krajach [Włodarczyk i Poździech 2001, s. 79].
12. Trend zapożyczania poszczególnych elementów systemu doprowadza do powstania **hybrydowych modeli opieki zdrowotnej** – obserwować można *zjawisko konwergencji*, czyli nabierania przez systemy cech wspólnych. W Polsce połączono teoretyczne założenia modelu Bismarcka ze szczegółowymi rozwiązaniami modelu Beveridge’a w interpretacji Siemaszki.
13. Działaniem podejmowanym w procesie reform w Europie jest racjonowanie świadczeń poprzez koszyk świadczeń gwarantowanych. **Koszyk** to zestaw świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Konieczność jego utworzenia pojawiła się w Europie w związku z postępem technologicznym i wzrostem liczby procedur medycznych. Do zasadniczych celów koszyka należą: określenie zakresu uprawnień pacjenta do świadczeń, obowiązków płatnika i świadczeniodawcy, a także rozwój i selekcja technologii medycznych [Kolwitz 2010, s. 135].
14. Zadaniem **koordynacyjnym Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia** jest to, że prawo do opieki zdrowotnej podczas swobodnego przemieszczania się po państwach członkowskich ma każda osoba, która jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym/chorobowym w powszechnym, krajowym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich Unii Europejskiej. Osoba ubezpieczona w jednym z krajów członkowskich Unii, tzn. osoba uprawniona, korzysta z opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim na takich samych zasadach, na jakich korzystają z opieki obywatele tego innego kraju objęci powszechnym, krajowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego/chorobowego [Krowicka i Pitera-Czyżowska 2004, s. 21].
15. Na tle reformatorskich systemów opieki zdrowotnej, pod wpływem uwarunkowań makrootoczenia **zmienia się także system opieki zdrowotnej w Polsce**.

Rozdział 2

System ochrony zdrowia w Polsce w aspekcie zarządzania podmiotami leczniczymi

2.1. Opieka zdrowotna w Polsce w procesie reform

Poczynając od okresu międzywojennego, konstrukcja systemu opieki zdrowotnej uległa znacznym zmianom. Konieczność reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia w ostatnim dwudziestoleciu była nie tylko konsekwencją dostosowania tej sfery do nowych realiów ekonomicznych, ale wiązała się także z podejmowanymi przez Polskę działaniami na rzecz wstąpienia do Unii Europejskiej. Wskazując na historyczny rozwój systemu ochrony zdrowia w Polsce, należy zwrócić uwagę na etapy różniące się odrębnym podejściem. System opieki zdrowotnej w okresie międzywojennym (lata 1918–1939) miał charakter budżetowo-ubezpieczeniowo-samorządowy. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby powstały kasy chorych. Ubezpieczeni w kasach chorych mogli korzystać z usług w szpitalach publicznych i z prywatnej służby zdrowia, o ile miały zawartą umowę z kasą chorych. Leczenie szpitalne było w tym czasie odpłatne, kasa chorych pokrywała jedynie połowę kosztów w najniższej klasie świadczenia i standardzie, drugą część musiał pokryć sam ubezpieczony. Ustawa z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych określała status prawny publicznych i prywatnych zakładów leczniczych. Szpitale były prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysku, natomiast lecznice prowadzone przez indywidualnych lekarzy lub spółdzielnie pracy lekarzy zakładały osiągnięcie zysku. W 1933 roku zniesiono kasy chorych i powołano do życia ubezpieczalnię społeczne (Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, zwana ustawą scaleniową). Zmiana

systemu spowodowała centralizację i podporządkowanie ubezpieczalni społecznych Ministerstwu Opieki Społecznej. Ustawa scaleniowa nie objęła wszystkich obywateli. Wprowadzono system lekarza domowego, który miał zapewnić całokształt świadczeń i był uprawniony do skierowania pacjenta do specjalisty lub szpitala.

Okres powojenny lat czterdziestych to okres centralizacji i planowej służby zdrowia (etapy tworzenia systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawiono szczegółowo w załączniku 1, a historię koncepcji reformatorskich obrazuje załącznik 2).

L. Frąckiewicz [1998, s. 63–64] wyróżnia następujące etapy w procesie reformowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce:

I etap – lata 1944–1954

Objęcie ochroną zdrowia coraz większej liczby ludności poprzez rozszerzenie świadczeń zabezpieczenia społecznego. Uznanie w Konstytucji PRL z 1952 roku prawa do ochrony zdrowia za podstawowe prawo obywatelskie.

II etap – lata 1955–1970

Okres, w którym bardzo wyraźnie zarysował się rozwój służby zdrowia i nastąpiło doskonalenie jej form organizacyjnych. Główne działania koncentrowały się na rozwoju kadr medycznych i powoływaniu nowych placówek naukowych. Wprowadzono specjalizację medycyny przemysłowej i zorganizowano silny, rozbudowany pion lecznictwa przemysłowego.

III etap – lata siedemdziesiąte

Jest to okres związany z nową strategią rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Przyjęty przez ówczesny rząd program rozwoju ochrony zdrowia do 1980 roku zapowiadał intensyfikację działań zarówno w kierunku rozwoju kadr, jak i bazy. Dokonano wielu zmian organizacyjnych polegających na integracji lecznictwa otwartego z zamkniętym, powołaniu zespołów opieki zdrowotnej, utworzeniu Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia, a przede wszystkim rozszerzono bezpłatną opiekę zdrowotną praktycznie na całą ludność kraju, bez względu na charakter i sektor zatrudnienia. Przez długie lata historii PRL system opieki zdrowotnej był traktowany jako jednolity i uporządkowany aparat administracyjny, powołany do wykonywania funkcji państwa. Minister zdrowia ustalał zadania zakładów leczniczych, obejmował swoim projektem całokształt planu w zakresie służby zdrowia, a ponadto sprawował kierownictwo fachowe oraz realizował funkcje koordynacyjne nad całą działalnością profilaktyczno-leczniczą. Odpowiedzialność za sektor zdrowotny oznaczała monopolizację. Podejmowane były decyzje dotyczące metody finansowania i wielkości przekazywanych środków finansowych, struktury organizacyjnej zakładów opieki zdrowotnej i planu ich rozmieszczenia w terenie. Opracowano normy wyposażenia aparaturowego

i wydano szczegółowe decyzje o jego zakupach, planowano obsadę etatową, szkolenia na wszystkich poziomach – w sensie programów, liczby kształconych i metod edukacyjnych [Włodarczyk i Sitko 1999, s. 31–32]. Diagnoza sytuacji w opiece zdrowotnej tego okresu była jednak bardzo krytyczna. Sytuację tę charakteryzowały¹:

- trudności w uzyskaniu pomocy lekarskiej, ograniczony dostęp do świadczeń, konieczność oczekiwania w kolejkach na zarejestrowanie się w poradni, trudności w szybkim uzyskaniu wizyty lekarza w domu chorego, kilkudniowe, a niekiedy kilkutygodniowe wyczekiwanie na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne;
- formalistyczne, bezduszne, a niekiedy wprost biurokratyczne traktowanie pacjenta, niepotrzebne krążenie chorych między poszczególnymi gabinetami i instytucjami służby zdrowia, zbyt sztywne przepisy o rejonizacji, o orzecznictwie lekarskim, szczególnie dotyczącym czasowej niezdolności do pracy;
- zła jakość pomocy medycznej: zdarzające się (nawet często) pobieżne i niedokładne badanie pacjenta, wynikające stąd błędne diagnozy oraz nie zawsze właściwe leczenie;
- naruszanie dyscypliny pracy, zwłaszcza przez lekarzy pracujących w więcej niż jednej placówce służby zdrowia;
- złe warunki lokalowe, wolne tempo prac remontowych, a także daleko odbiegające od potrzeb wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

IV etap, który rozpoczął się na początku lat osiemdziesiątych

Bardzo wyraźnie ukierunkowano działania ochronne w zakresie umacniania zdrowia na cały system, określając, że odpowiedzialność za stan zdrowia ponosi nie tylko rząd państwa, ale także indywidualny człowiek, rodzina oraz inne podmioty, takie jak: przedszkole, szkoła, zakład pracy, gmina. Było to nowe spojrzenie na problem ochrony zdrowia poważnie rozszerzające zakres uwarunkowań pozazdrowotnych, mających jednak duże znaczenie dla polityki zdrowotnej. Kategoryzację zakładów do 1991 roku przedstawiono w tabeli 2.1.

V etap – lata 1988–1998 (po rozmowach tzw. Okrągłego Stołu)

Etap ten otwiera wprowadzenie zasad reformy gospodarczej, w której coraz większy nacisk kładziono na ekonomizację działań ochrony zdrowia i konieczność efektywnego wykorzystania szeroko rozumianej infrastruktury. Za profilaktykę zdrowotną coraz większą odpowiedzialnością obciążano jednostkę i rodzinę, a państwo zaczęło ograniczać swoją rolę w inicjowaniu i finansowaniu polityki zdrowotnej. W okresie tym tworzono podstawy systemu ochrony zdrowia opartego na zasadach ubezpieczeniowych. Służba zdrowia do końca 1998 roku

¹ Raport przygotowany przez: J. Indulskiego, T. Gdulewicza, L. Szymborskiego i C. Włodarczyka [1981, s. 727–778] został przedstawiony Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej latem 1981 roku.

Tabela 2.1. Kolejne znaczenia pojęcia zakładu opieki zdrowotnej przed ujednoczeniem ustawowym w 1991 roku

Kategoria zakładu	Specyfika (rodzaj działalności)	Miejsce w systemie	Obowiązki i podstawa prawna
Zakład leczniczy udzielający świadczeń zapobiegawczo-leczniczych	Kategoria ogólna (podstawowe pojęcie dla całej grupy podmiotów) bez rozróżnienia podmiotowego i przedmiotowego. W definicji wskazane dwie kategorie świadczeń zdrowotnych: (1) świadczenia zapobiegawcze (obejmujące profilaktykę), (2) świadczenia lecznicze (czyli świadczenia stricte medyczne).	Podstawowy typ jednostki w systemie ochrony zdrowia – podległość ministrowi zdrowia – realizujący zasadnicze zadania systemowe, świadczenia zdrowotne adresowane do ogółu populacji.	Obowiązująca do 1991 roku (do uchwalenia ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej)
Zakład spółdzielczej służby zdrowia	Kategoria odrębna wyłącznie dla zatrudnionych w spółdzielczości.	Poza systemem podstawowym dla ogółu populacji.	Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – 20 lipca 1971 roku.
Zakład lecznictwa uzdrowiskowego	Kategoria obejmująca zasadniczo podmioty definiowane jako sanatoria, udzielające świadczeń zapobiegawczo-leczniczych. Kategoria kwalifikacji do grupy nie jest bezpośrednio związana z samym charakterem zakładu. Niezbędne kryteria zewnętrzne to: wykorzystanie w procesie leczenia warunków naturalnych (klimatycznych, zasobów naturalnych i innych).	Podsystem (lub system równoległy) świadczeń leczniczych o charakterze rehabilitacyjnym, powszechnie dostępny pod warunkiem spełniania kryteriów medycznych (skierowanie do lecznictwa uzdrowiskowego).	Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 roku, o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym.
Resortowy zakład służby zdrowia	Zakłady udzielające świadczeń zdrowotnych pewnym kategoriom podmiotów, na szczególnych, uprzywilejowanych tej grupy zasadach (w sferze rodzajów, poziomu świadczeń, specjalnych placówek leczniczych niedostępnych powszechnie).	Podmioty bezpośrednio podlegające poszczególnym resortom: MON, MSW, Ministerstwu Sprawiedliwości i Ministerstwu Komunikacji.	Obowiązki na mocy odrębnych regulacji resortowych.

Kategoria zakładu	Specyfika (rodzaj działalności)	Miejsce w systemie	Obowiązwanie i podstawa prawna
Zakład społeczny służby zdrowia	Kategoria ogólna, obejmująca zakłady udzielające świadczeń zdrowotnych na zasadach ogólnych obowiązujących w tzw. społecznej służbie zdrowia powołanej mocą ustawy.	Wszystkie zakłady, zgodnie z treścią ustawy podległe ministrowi zdrowia.	Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia.

Źródło: Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 58–59.

stanowiła specjalistyczny organ państwowy, powołany do bezpośredniej realizacji zadań państwa w zakresie opieki profilaktyczno-leczniczej. W okresie tym służba zdrowia była: *państwowa* (stanowiła integralną część struktury administracyjnej państwa, realizowała założenia polityki zdrowotnej, a także była finansowana z budżetu państwa); *społeczna* (działała na rzecz i w interesie zdrowia społecznego, zgodnie z postulatami organów przedstawicielskich społeczeństwa); *powszechna* (obejmowała opieką profilaktyczno-leczniczą całą ludność poprzez zapewnienie dostępności do tej opieki w sensie formalnym i ekonomicznym, a także w sensie organizacyjnym); *jednolita i kompleksowa* (wszystkie pionierzy i instytucje służby zdrowia stanowiły łącznie jednolitą całość organizacyjną i funkcjonalną obejmującą pełny zakres działania współczesnej ochrony zdrowia, stosownie do całokształtu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz całokształtu dostępnych środków i metod działania profilaktyczno-leczniczego); *zachowywała ciągłość opieki profilaktyczno-leczniczej* zarówno w odniesieniu do życia osobniczego jednostki, jak i w odniesieniu do potrzeb dyktowanych aktualnym stanem zdrowia lub choroby; była *profilaktycznie ukierunkowana* (w każdej fazie działania ochrony zdrowia zakładano wczesne postępowanie zapobiegawcze przed naprawczym); *planowa* (rozwój jej działania był kształtowany celowo zgodnie z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, postępowaniem naukowo-technicznym oraz rozwojem ekonomicznym i społecznym państwa) [Indulski i Leowski 1971, s. 29].

Podjęcie reformy służby zdrowia w Polsce po 1989 roku wynikało z sytuacji polityczno-gospodarczej, którą charakteryzowały trudności związane z recesją, kryzysem finansów publicznych, niewydolnością finansową funduszy celowych, jak również zmianami zasad ustrojowych państwa. Reforma systemu ochrony zdrowia faktycznie rozpoczęła się w 1991 roku z chwilą utworzenia możliwości finansowania zakładu opieki zdrowotnej jako samodzielnego zakładu, co zagwarantowała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [Piotrowska-Marczak 1996,

s. 256–268; Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku]². Przełomowymi zapisami tej ustawy były: uregulowania dotyczące praw pacjenta, kategoryzacja świadczeń na bezpłatne, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością (jakkolwiek nie powstała szczegółowa lista świadczeń w poszczególnych grupach), umożliwienie przepływu środków do sektora niepublicznego, wprowadzenie nowej formy organizacyjnej w postaci samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ). Ustawa ta ponadto zdefiniowała trzy formy zakładów opieki zdrowotnej [Sanecki 2002, s. 32–33]:

- 1) zakłady publiczne – mające ułomną osobowość prawną, tworzone i utrzymywane ze środków publicznych przez: naczelne i centralne organy administracji państwowej, wojewodów, gminy i związki międzygminne (związki komunalne), a także przez przedsiębiorstwo państwowe PKP;
- 2) zakłady samodzielne publiczne – tworzone i utrzymywane przez te same co powyżej podmioty prawa budżetowego, lecz mające pełną osobowość prawną i samodzielność działania na własny rachunek, pokrywające koszty swojej działalności i swoje zobowiązania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów;
- 3) zakłady niepubliczne – tworzone i utrzymywane przez kościoły i związki wyznaniowe, instytucje ubezpieczeniowe, zakłady pracy, stowarzyszenia, fundacje i inne osoby prawne lub podmioty zagraniczne; zakłady te, potocznie zwane *prywatnymi*, mogą udzielać świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym, korzystając ze środków budżetowych.

System był jednak niewydajny. Brak mechanizmów zachęt ekonomicznych działał demotywująco. Zakładano i rozbudowano zakłady, mimo braku oszacowania realnych potrzeb. Dopiero przekazanie uprawnień właścicielskich samorządowi terytorialnemu zwolniło Skarb Państwa z bieżącego utrzymywania zakładów, jak również z odpowiedzialności z tytułu powstających długów [Zemke-Górecka 2010, s. 1–60; Włodarczyk 1996, s. 331–334; Nestorowicz 2000, s. 5–6; Leowski 2000, s. 21]. Do końca 1998 roku prawie cała opieka zdrowotna pozostawała w gestii publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady te funkcjonowały w formie zakładów budżetowych lub jednostek budżetowych finansowanych z budżetów państwa poprzez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

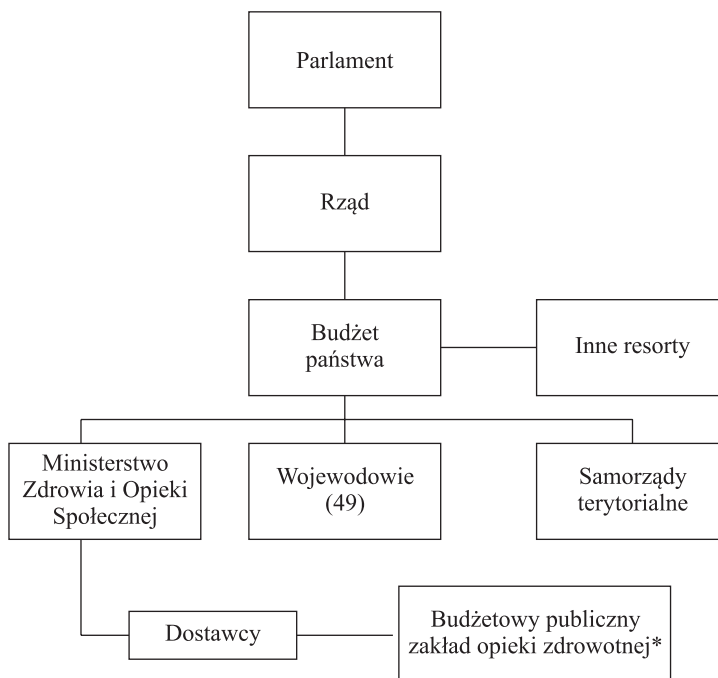
² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej w art. 1 definiowała, że: (ust. 1) zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia; (ust. 2) zakład opieki zdrowotnej może być również utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, może uczestniczyć, a zakłady określone w ust. 2 uczestniczą w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

lub wojewodów. Niektóre gminy w ramach realizacji postanowień tzw. ustawy o wielkich miastach [Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku] finansowały opiekę zdrowotną z własnych budżetów. Część placówek ochrony zdrowia była ponadto finansowana przez inne ministerstwa (tzw. resortowa służba zdrowia). Dodatkowo na rynku usług medycznych działały prywatne jednostki, które za udzielone świadczenia pobierały opłaty w systemie komercyjnym. W przypadku publicznych zakładów, w jednym podmiocie (województwie, gminie) skupiała się funkcja organizatora usług medycznych i organu finansującego. Taki mechanizm finansowania nie skłaniał jednostek ochrony zdrowia ani do racjonalności wydatków, ani do niezbędnej restrukturyzacji, sprzyjał natomiast zachowaniom patologicznym, czyli powstawaniu systemu prywatnych dopłat pacjentów do świadczeń uzyskiwanych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 98]. Strukturę organizacyjną systemu do 1991 roku przedstawia rysunek 2.1, a strukturę świadczenia – rysunek 2.2.

Zdaniem P. Białynickiego-Biruli, mimo że służba zdrowia była stale niedofinansowana, cechowały ją zarazem rozrzutność i marnotrawstwo środków. Szczególnie jaskrawym tego przykładem była działalność inwestycyjna. Priorytetowo traktowano finansowanie zasobów i tworzenie infrastruktury, często kosztem bieżącego wykonywania świadczeń. Tym samym niejednokrotnie podejmowano decyzje o rozpoczynaniu dużych zadań inwestycyjnych, przeważnie centralnie finansowanych, których realizacja z braku dostatecznych środków trwała przez wiele lat. Jednocześnie brakowało środków finansowych na zapewnienie bieżącej działalności już istniejących placówek. Poza tym działalność inwestycyjna nie była skorelowana z racjonalną gospodarką (oddanie do eksploatacji nowego obiektu nie wiązało się z zamykaniem starego i przenoszeniem zasobów ludzkich do nowego). Brak konsekwencji powodował, że nowe inwestycje pogłębiały istniejące dysproporcje między poszczególnymi regionami, a poprzez dublowanie funkcji i zasobów w ostatecznym rachunku przyczyniały się do nieuzasadnionego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej.

Ponadto zakłady opieki zdrowotnej odznaczały się niską efektywnością. Podział środków budżetowych na poszczególne jednostki służby zdrowia miał charakter historyczny i nie odpowiadał rzeczywistemu rozkładowi kosztów. Powodowało to brak mechanizmów wymuszających poprawę efektywności funkcjonowania i podnoszenia jakości świadczonych usług [Białynicki-Birula 2006, s. 84–85].

Jednocześnie w latach 1991–1998 wprowadzono w życie wiele rozwiązań. Od początku lat dziewięćdziesiątych podejmowano prace koncepcyjne mające na celu dokonanie zmiany modelu opieki zdrowotnej w Polsce w kierunku adaptacji rozwiązań charakterystycznych dla krajów o gospodarce rynkowej. Zasadniczymi przesłankami zmian były z jednej strony głębokie przeobrażenia społeczno-gospodarcze wynikające z przemian systemowych, z drugiej zaś narastające



*Po 1991 roku i do połowy 1998 roku wojewodowie oraz samorządy terytorialne podpisywali umowy także z SPZOZ (samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej). Budżetowy publiczny zakład opieki zdrowotnej nie był samodzielnym podmiotem prawa, lecz jednostką organizacyjną Skarbu Państwa [Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1999 roku]. W świetle przepisu art. 49 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej zasady gospodarki finansowej takich zakładów określała ustawa – Prawo budżetowe z 5 stycznia 1991 roku. Przepis art. 15 ust. 1 ustawy Prawo budżetowe stanowił, że państwowe jednostki budżetowe pokrywają wydatki bezpośrednio z budżetu państwa, a uzyskane dochody odprowadzają do tego budżetu. Konsekwencją takiego unormowania było to, że za zobowiązania wynikające z działalności publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie jednostki budżetowej odpowiedzialny był w czasie istnienia tego zakładu Skarb Państwa [Zemke-Górecka 2010, s. 68 i n.]

Rysunek 2.1. Struktura organizacyjna systemu opieki zdrowotnej w Polsce istniejąca do 1991 roku

Opracowanie własne.

problemy w zakresie możliwości zbilansowania wydatków sektora publicznego. Mimo toczącej się przez lata dyskusji dotyczącej możliwych kierunków przekształceń w ochronie zdrowia, sektor opieki zdrowotnej pozostawał jednak poza głównym nurtem działań reformatorskich. Za deklaracjami woli poszczególnych rządów przeprowadzenia daleko idących reform następowały jedynie fragmentaryczne zmiany³. Tworzenie quasi-ryнку świadczeń w publicznym systemie opieki

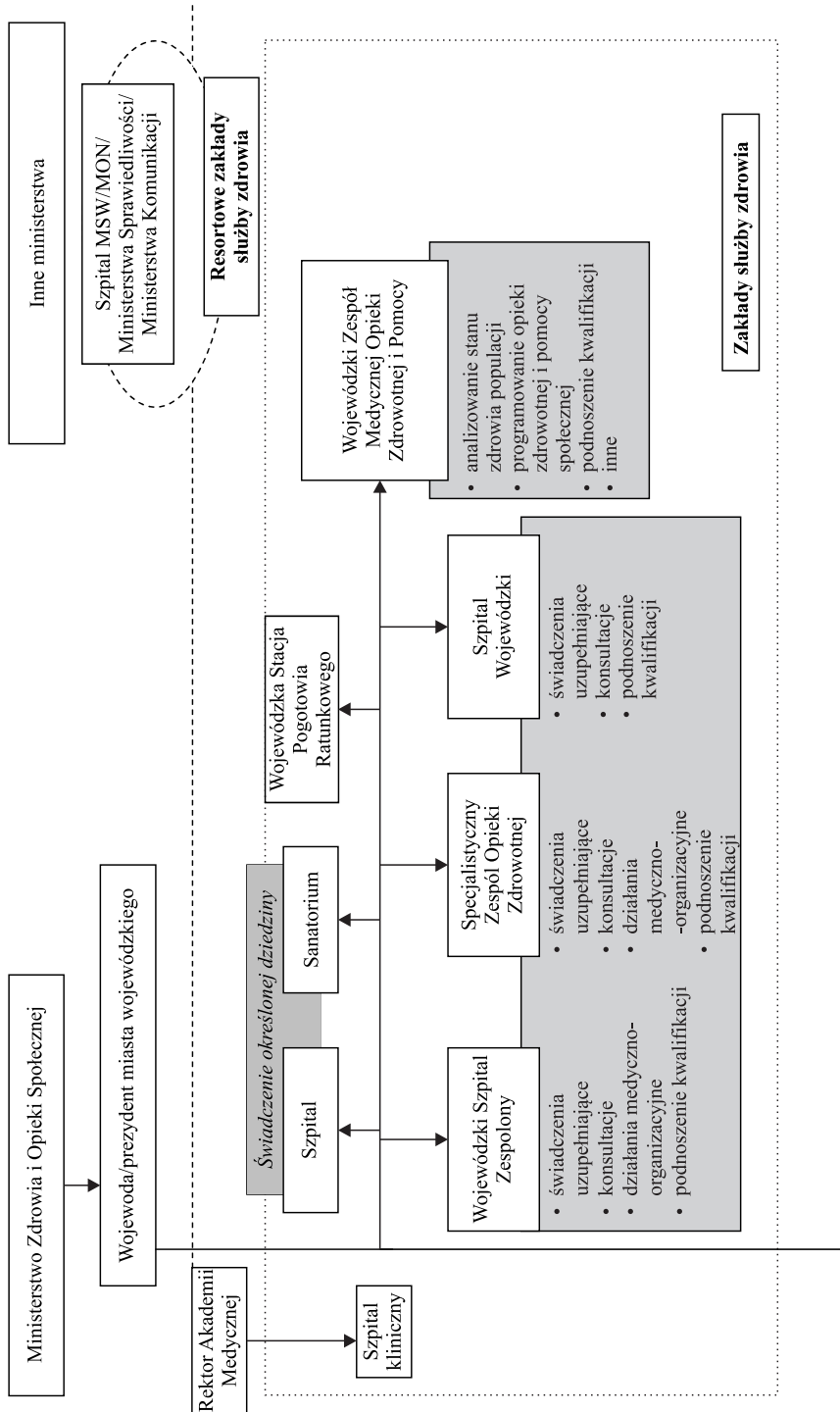
³ System nadal charakteryzował się: finansowaniem opieki zdrowotnej bezpośrednio z budżetu państwa, decydującą rolą administracji państwowej szczebla centralnego i wojewódzkiego w organizacji ochrony zdrowia oraz przewagą finansowania bazy lecznictwa nad finansowaniem świadczeń (mimo wprowadzenia elementów finansowania zadaniowego – kontraktów z lekarzami

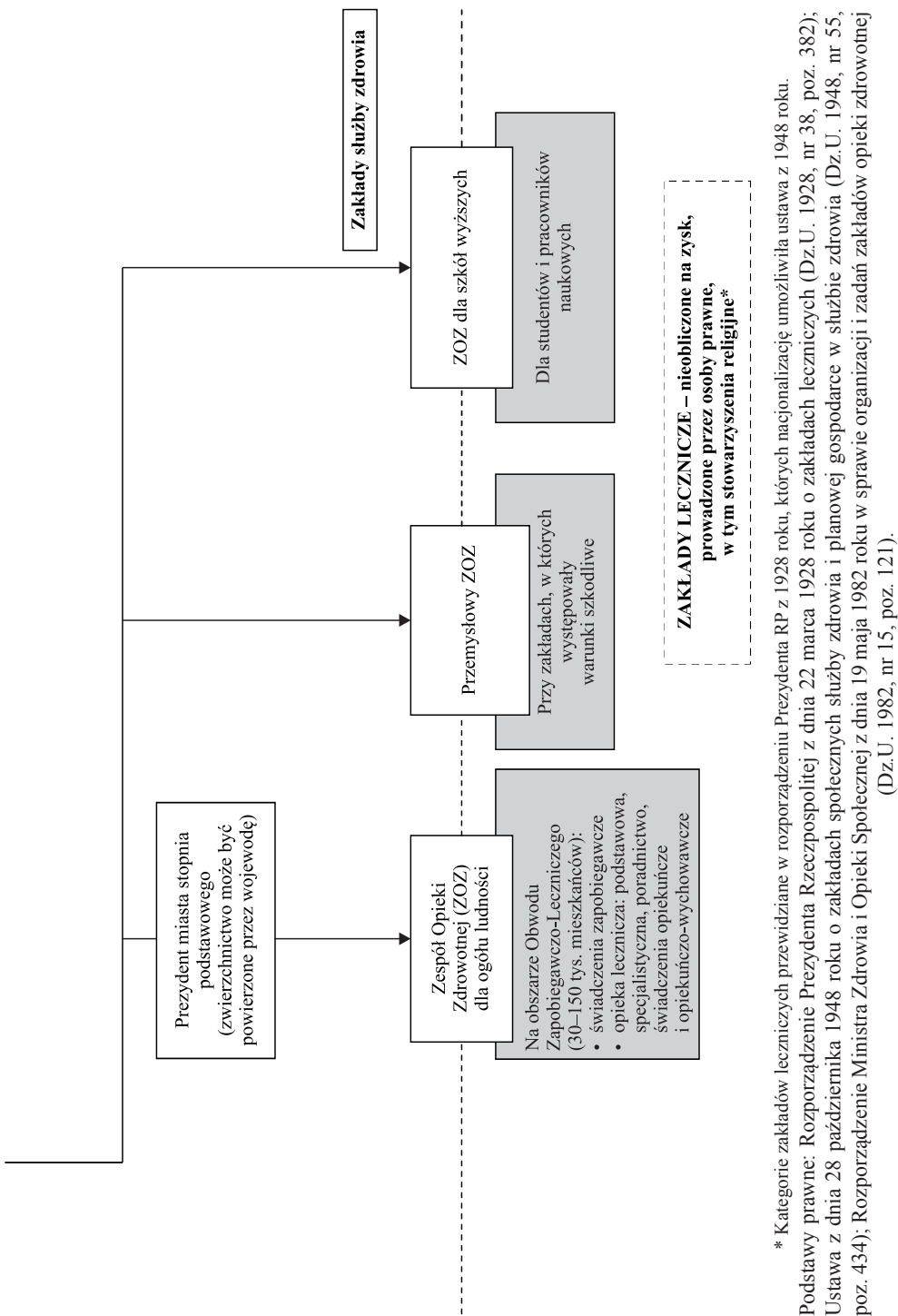
zdrowotnej objawiało się takimi działaniami, jak: przekształcanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, wprowadzenie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz powstawanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej i specjalistycznym leczeniu ambulatoryjnym. Dokonywano przejęcia części zadań ochrony zdrowia przez samorządy lokalne oraz zawierano kontrakty na świadczenia zdrowotne między dysponentami środków publicznych (władzami państwowymi i samorządowymi) a publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Częściowo (lokalnie) wprowadzono Rejestr Usług Medycznych jako instrument wspomagający monitorowanie wykonania kontraktów i ich rozliczenie. Nadto powstała instytucja lekarza rodzinnego, wzmocniono jego kompetencje i powierzono rolę koordynatora opieki nad pacjentem. Dodatkowo sprywatyzowano apteki i hurtownie leków [*Strategia rozwoju 2005*, s. 23].

W toku prowadzonej równocześnie debaty społecznej kształtował się zarys przyszłego modelu organizacji ochrony zdrowia, zakładający: wprowadzenie mieszanego ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowego sposobu finansowania opieki zdrowotnej, wprowadzenie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, zmianę formuły zarządzania opieką zdrowotną, w tym decentralizację podstawowej opieki zdrowotnej, oraz racjonalizację wydatków w ochronie zdrowia [Kolarska-Bobińska 2000]. Powyższe założenia w toku prac reformatorskich zostały wprowadzone częściowo. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym gruntownie znowelizowana latem 1998 roku, stworzyła podwaliny funkcjonowania diametralnie odmiennego od poprzedniego systemu opieki zdrowotnej. Określiła zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych. Wyzwalając konkurencję, spowodowała, że w centrum zainteresowania znalazł się klient, a jakość usług miała się stać właściwą drogą poprawy w zarządzaniu. Przyjęte ustawy, mimo wielu słabości, usprawniły system opieki zdrowotnej i w większym stopniu zagwarantowały obywatelom podstawowe prawo konstytucyjne do ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej.

W. Włodarczyk i S. Sitko podkreślają, że rok 1999 otworzył całkowicie nową sytuację w ochronie zdrowia i stworzył nowe szanse przed samorządami. Z jednej bowiem strony powstały kasy chorych, ważny mechanizm tak długo zapowiadanej

i samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej). Finansowanie szpitali odbywało się na podstawie tzw. budżetów historycznych. Środki na finansowanie szpitali znajdowały się w gestii wojewodów. Budżet szpitali był tworzony na podstawie wysokości kwot wydatków poniesionych w roku poprzedzającym, skorygowanym o wielkość planowanej inflacji. Środki finansowe przeznaczone były na trzy rodzaje wydatków szpitali: wydatki osobowe, rzeczowe i inwestycyjne. Wydatki osobowe powiązane były ściśle ze strukturą zatrudnienia istniejącą w danej jednostce i określane były na podstawie etatów kalkulacyjnych. Przy planowaniu wydatków rzeczowych brano pod uwagę następujące czynniki: liczbę przewidywanych hospitalizacji, osobodni oraz zabiegów, a także wielkość przewidywanych remontów bieżących [Białynicki-Birula 2006, s. 8687].





* Kategorie zakładów leczniczych przewidziane w rozporządzeniu Prezydenta RP z 1928 roku, których nacjonalizację umożliwiła ustawa z 1948 roku.

Podstawy prawne: Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych (Dz.U. 1928, nr 38, poz. 382); Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948, nr 55, poz. 434); Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 roku w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 1982, nr 15, poz. 121).

Rysunek 2.2. Struktura świadczeniodawców w polskim systemie ochrony zdrowia w latach 1982–1991

Opracowanie własne.

reformy opieki zdrowotnej, z drugiej a powstały powiaty, jako nowy szczebel władzy samorządowej, które miały odegrać podstawową rolę w lokowaniu władzy możliwie „blisko ludzi”, co było nadrzędnym celem wprowadzanej zmiany ustrojowej [Włodarczyk i Sitko 1999, s. 11]. W ramach reformy wprowadzono podział między stroną zakupującą świadczenia a stroną świadcząca usługi. Płatnikiem odpowiedzialnym za bieżące wydatki na większą część świadczeń zostały nowe instytucje – kasy chorych, a właścicielami mienia większości świadczeniodawców, a więc zakładów opieki zdrowotnej, zostały samorządy terytorialne. Niekiedy właścicielem mógł się stać także organ centralnej administracji rządowej (dotyczy szpitali specjalistycznych).

System ten został oparty na zasadach:

- *powszechności i obowiązkowości* – objęcie ubezpieczeniem według jednolitych zasad całego społeczeństwa – obywateli RP i członków ich rodzin pozostających na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego opłacającego składki na ubezpieczenia zdrowotne – oraz finansowanie opieki medycznej dla niektórych grup obywateli, na przykład bezdomnych, ze środków budżetu państwa;
- *solidaryzmu społecznego* – ponoszenie kosztów świadczeń zdrowotnych przez ogół ubezpieczonych, równy dostęp do świadczeń dla ubezpieczonych; składka miała charakter redystrybucyjny, co oznaczało, że dobrze sytuowani płacą za chorych znajdujących się w społecznie gorszym położeniu;
- *samorządności* – ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadziła nowe struktury organizacyjne – instytucje realizujące ubezpieczenie zdrowotne: regionalne kasy chorych, Branżową Kasę Chorych, Krajowy Związek Kas; kasy uzyskały osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy; stanowiły reprezentację ubezpieczonych i przedstawiciele samorządu terytorialnego;
- *samofinansowania* – w systemie ubezpieczenia zdrowotnego realizowana była zasada oddzielenia funkcji płatnika za świadczenia – kasy chorych – od funkcji dostawcy świadczeń; instytucje ubezpieczenia zdrowotnego nie mogły również pełnić funkcji organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej, a ich relacje ze świadczeniodawcami były regulowane za pomocą kontraktów na świadczenia; samofinansowanie oznaczało, że zarówno instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, jak i ich partnerzy swoją działalność powinni finansować z uzyskiwanych przychodów, zachowując zasadę równowagi finansowej; budżet państwa finansował tylko realizowane przez kasy profilaktyczne programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej;
- *gwarancji państwa* dla bezpieczeństwa ubezpieczonych realizowanej przez kontrolę i nadzór nad działalnością instytucji ubezpieczonych;
- *prawa wolnego wyboru* – kasy chorych, lekarza, placówki leczniczej; zgodnie z ustawą, ubezpieczony mógł dokonać wyboru lekarzy spośród wszystkich współpracujących z kasą, do której należy, oraz innego personelu medycznego,

a także wyboru szpitala; ustawa przewidywała, że w określonych warunkach ubezpieczony mógł skorzystać ze świadczeń bez skierowania w trybie nagłym, o ile zachodziła taka konieczność [Fijałkowska-Kolano 2000, s. 9; Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 102–106].

Wszystkie te zasady miały być zgodne z aktem najwyższego rzędu dającym podstawy dla funkcjonowania systemu prawnego ochrony zdrowia – Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Artykuł 68 Konstytucji stanowi, że: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia; 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa; 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku; 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska; 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, podmiotami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie i zarządzanie ochroną zdrowia w Polsce stały się [*Strategia rozwoju* 2005, s. 6]:

- 1) minister zdrowia odpowiedzialny za ochronę zdrowia i opracowanie zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- 2) organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim odpowiedzialne za kształt i realizację zadań z zakresie ochrony zdrowia,
- 3) kasy chorych (później Narodowy Fundusz Zdrowia) odpowiedzialne za zarządzanie środkami finansowymi, pochodzącymi ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc główny płatnik w systemie ochrony zdrowia,
- 4) organy administracji samorządowej (wojewódzkiej, powiatowej i gminnej), pełniące funkcje właścicielskie wobec publicznych zakładów opieki zdrowotnej i realizujące zadania w zakresie zdrowia publicznego,
- 5) dyrektorzy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz właściciele i dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialni za zarządzanie tymi zakładami.

Zmiana sposobu finansowania ochrony zdrowia z centralnego na ubezpieczeniowy miała doprowadzić do oparcia finansowania bieżącej działalności świadczeniodawców na środkach pochodzących z funduszy ubezpieczeniowych, a tym samym spowodować odejście od dotacji dla zakładów opieki zdrowotnej na rzecz kontraktowania świadczeń. Istotą tych zmian było powiązanie wysokości nakładów na ochronę zdrowia ze wzrostem dochodu narodowego i uniezależnienie ich wielkości od przetargów politycznych przy tworzeniu budżetu [Białynicki-Birula 2006, s. 90].

Mimo ogromnego przełomu w nowym systemie wiele istotnych elementów zostało pominiętych lub uregulowanych niewłaściwie. Do braków systemu zaliczono nieprecyzyjne zasady wyceny świadczeń w zakładach opieki zdrowotnej i niepełne regulacje prawne dotyczące zasad kontraktowania. Stawiano zarzuty wobec uproszczonych zasad kontraktowania, stosowanych przez kasy chorych, w tym nieprecyzyjne definiowanie przedmiotu kontraktu, pomijanie klauzul jakościowych, rozliczanie za pomocą prostych mechanizmów finansowych nieodzwierciedlających związku między kosztem świadczenia a płatnością. Można także było odnotować niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowania świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji oraz stosowanie limitów ilościowych kontraktowanych świadczeń. Zaległości płatników w płaceniu świadczeniodawcom i poważne luki w efektywnym nadzorze i kontroli płatników nad realizacją kontraktów przez zakłady opieki zdrowotnej to kolejne wady systemowe. Brakowało jednocześnie pełnego aktualnego systemu informatycznego o ubezpieczonych i uiszczanych składkach oraz odnotowywano trudności biurokratyczne towarzyszące uzyskaniu przez pacjenta prawa do leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej poza zasięgiem regionalnym/kontraktem danej kasy. Krytykowano także dość znaczne zróżnicowanie środków finansowych na jednego ubezpieczonego w poszczególnych kasach, przy braku skutecznego mechanizmu wyrównywania różnic, oraz bardzo ograniczone wydatki (a w zasadzie ich brak) ze środków własnych kas na profilaktykę i promocję zdrowia, przy niewielkich środkach przekazywanych na te cele z budżetu. Brakowało także skutecznych mechanizmów nadzoru organów założycielskich wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej [*Strategia rozwoju* 2005, s. 28–29]. Do powyższej krytyki dołącza się także S. Golinowska, która podkreśla, że pierwsza główna motywacja reformy z 1999 roku dotyczyła wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia elementów mechanizmu rynkowego, jednak rozumienie mechanizmu rynkowego, w tym zwłaszcza jego ograniczonych możliwości oraz zawodności w systemie ochrony zdrowia, nie było dostateczne. Mechanizm rynkowy tworzy bowiem odczuwalne ograniczenia popytowe. Środki, które otrzymywały kasy chorych, nie były konfrontowane ani co do wysokości, ani co do struktury z potrzebami zdrowotnymi. Plany powstawały niezależnie, a ich podstawy nie były jasne. Reforma wprowadziła tzw. ubezpieczeniowe prawo do świadczeń. Ubezpieczenie zostało powiązane ze składką pochodzącą z podatku dochodowego. Jednak w 1999 roku pojawiła się znaczna grupa ludności nieposiadająca oficjalnych dochodów oraz tak uboga, że nie opłacała składki. Do budżetu nie służyło wystarczająco dużo środków. Dodać należy, że reforma zlekceważyła także rolę obywatela i pacjenta. Przeceniono rolę mechanizmu rynkowego, który miał oferować wyższą jakość. Prawa pacjenta znalazły rozwiązanie formalne, a nie realne, system monitorowania jakości zaś nie znalazł dostatecznego uznania [Golinowska 2002, s. 1–5].

Ponadto wprowadzone samodzielne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) nie dawały spodziewanych efektów zarządzania⁴. Nie były bowiem w pełni zachowane przesłanki samodzielności. Samodzielność to niepodleganie niczyjej władzy, obchodzenie się bez niczyjej pomocy. Samodzielny to też niezależniony od nikogo, nieulegający niczym wpływowi, niepodlegający niczyjej władzy, niezawisły, niepodległy, niewchodzący w skład niczego [*Słownik języka polskiego PWN* 1961, hasło: samodzielność; *Mały słownik języka polskiego PWN* 1989, hasło: samodzielność].

Zgodnie z koncepcją samodzielności przyjętą w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej charakteryzuje się następującymi cechami: pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie, posiada osobowość prawną. Może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych na realizację zadań i programów zdrowotnych z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż odpłatne świadczenie zdrowotne, jeśli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności, oraz z darowizn, zapisów, spadków czy ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego. SPZOZ może wносить majątek do spółek i fundacji, może uzyskiwać dotacje budżetowe, także na inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Decyduje sam o podziale zysku i pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy⁵. Mimo że SPZOZ miał zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność procesową i sądową oraz zarządzał wyodrębnionym majątkiem, w znacznej mierze był uzależniony od organu założycielskiego. Samodzielność publicznego zakładu opieki zdrowotnej można odnieść do samodzielności organizacyjnej, finansowej oraz majątkowej z określonymi ograniczeniami (charakterystykę przedstawia tabela 2.2).

Reforma zapoczątkowana w 1999 roku wprowadziła zmiany instytucjonalne, organizacyjne i finansowe. Zmianie uległy nie tylko formy organizacyjne podmiotów leczniczych, ale także ekonomiczny aspekt funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Znacząca była reforma administracyjna kraju, która wprowadziła trzy szczeble samorządu terytorialnego, tj. gminę, powiat i województwo. System

⁴ Koncepcja samodzielności została bezpośrednio zaczerpnięta z reformy brytyjskiej, w której reprezentującą ją instytucja nazywa się „*hospital trust*”. Jej podstawowym założeniem było dążenie do zastąpienia administracyjnego kierowania odwołującego się do lojalności członków systemu i ich poczucia misji w służbie publicznemu dobru, zachowaniami opartymi, przynajmniej częściowo, na motywacjach ekonomicznych [Włodarczyk 1998, s. 274].

⁵ W książce *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów* [Włodarczyk i Sitko 1999, s. 52] autorzy rozszerzają charakterystykę samodzielności zakładów, wskazując tym samym wadliwe pojęcie art. 59. Ich zdaniem, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie powinna traktować o zysku, bo w istocie chodzi o nadwyżkę pozyskiwanych środków finansowych nad wydatkami.

Tabela 2.2. Ograniczenia samodzielności zakładów opieki zdrowotnej w odniesieniu do Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej

Samodzielność organizacyjna SPZOZ	
Samodzielność wewnętrzna	Samodzielność zewnętrzna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prawo uregulowania własnego ustroju poprzez uchwalenie własnego statutu (przez radę społeczną) ▪ Regulaminowe określenie zasad funkcjonowania w formie zakładu publicznego (opracowane przez kierownika, uchwalone przez radę społeczną) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zdolność do bycia podmiotem stosunków cywilnoprawnych. Zakład może samodzielnie występować w obrocie prawnym, a w szczególności jest uprawniony do zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych ▪ SPZOZ jest podmiotem zarówno praw o charakterze cywilnoprawnym, jak i obowiązków wynikających ze sfery cywilnoprawnej, za wykonywanie których ponosi odpowiedzialność cywilną
Samodzielność finansowa, objawiająca się normatywną cechą wynikającą z art. 35 b, ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPZOZ pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań ▪ SPZOZ samodzielnie decyduje o podziale ewentualnego zysku ▪ Podstawą gospodarki finansowej jest plan finansowy obejmujący przychody i wydatki stanowiące koszty działalności oraz stan środków obrotowych i rozliczenie z budżetem ustalonym przez kierownika zakładu ▪ SPZOZ podlega przepisom Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych 	
Samodzielność organizacyjną i finansową SPZOZ złamano Ustawą z 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców, tzw. lex 203.	
Samodzielność majątkowa	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zgodnie z art. 53, ust. 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, SPZOZ gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym), ▪ SPZOZ, które zostały przejęte z dniem 1 stycznia 1999 roku przez jednostki samorządu terytorialnego, uzyskały majątek ruchomy na mocy art. 47, ust. 3 Ustawy z dnia 13 października 1998 roku, przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U, nr 133, poz. 872 z późn. zm). ▪ Ruchomości Skarbu Państwa przekazane w nieodpłatne użytkowanie tym zakładom stały się z dniem 1 stycznia 1999 roku ich własnością. 	
<p>Samodzielność majątkowa zakładu nie jest bezwarunkowa i nieograniczona. Cechą charakterystyczną jest posługiwanie się przez ustawodawcę pojęciem <i>gospodarowanie</i>, które nie jest tożsame z pojęciem wykonywania prawa własności, wskutek czego SPZOZ zobowiązany jest do stosowania przepisów prawa publicznego, na zasadzie subsydiarnej wykorzystuje przepisy prawa publicznego. Zgodnie z zrt. 53, ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego SPZOZ może być dokonane na zasadach określonych przez podmiot, który tworzył SPZOZ.</p> <p>Wniesienie majątku do spółki lub fundacji także wymaga zgody tego podmiotu.</p> <p>Organ założycielski może pozbawić majątku w razie przekształcenia, podziału lub połączenia zakładu.</p>	

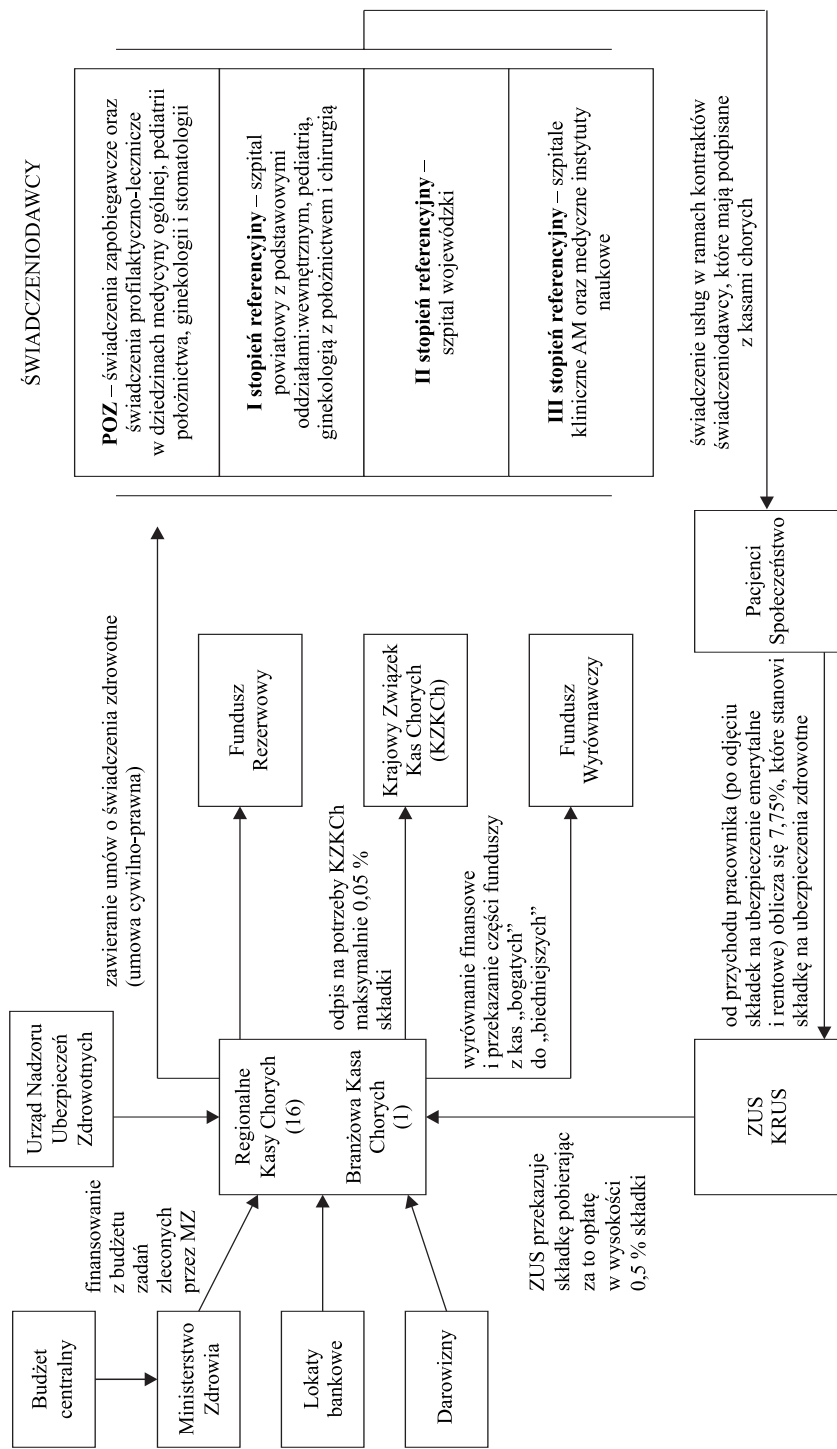
Źródło: Opracowano na podstawie: Zemke-Górecka 2010, s. 1–60.

powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do 2003 roku przedstawiono na rysunku 2.3.

W 2003 roku minister zdrowia M. Łapiński zrealizował kolejny projekt reformatorski, który nie rozwinął i nie ulepszył dotychczasowego systemu ubezpieczeń, a wręcz przeciwnie – spowodował odejście od obranego kierunku. Projekt doprowadził do centralizacji systemu i w miejsce zlikwidowanych kas chorych wprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia. Spowodowało to ujednoczenie polityki kontraktowania, ale z punktu widzenia lepszego zarządzania czy wzrostu efektywności podejmowanych działań nie miało żadnego znaczenia. Za rządów ministra M. Łapińskiego przedstawiono (choć nigdy nie wprowadzono w życie) krajową listę szpitali publicznych jako placówek strategicznych dla systemu opieki zdrowotnej.

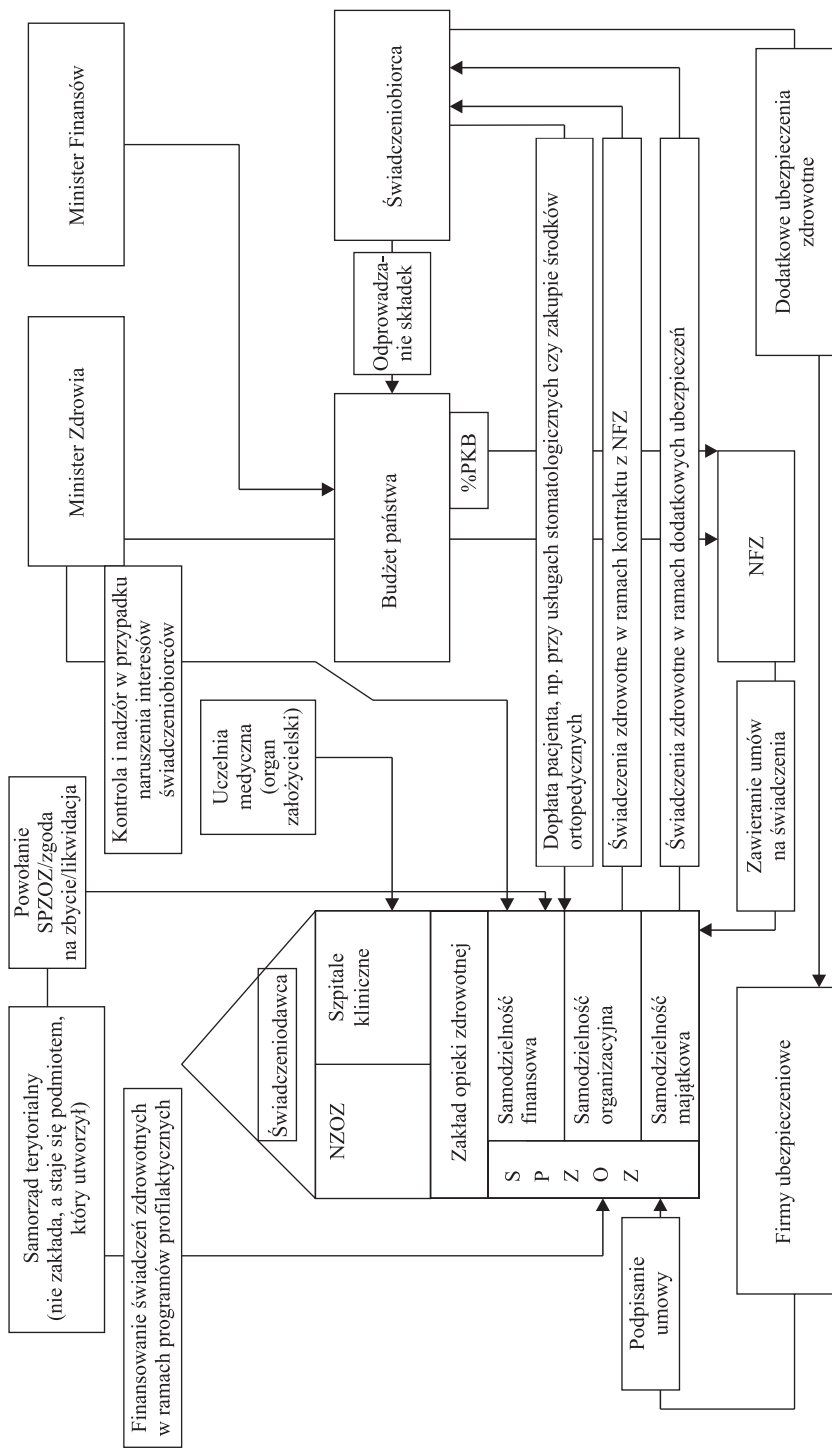
Kolejne działania reformatorskie były proponowane od 2005 roku przez kolejnego ministra zdrowia Z. Religę. Projekt ministra Religi przewidywał przekształcenie Narodowego Funduszu Zdrowia w 5–6 dużych ogólnokrajowych funduszy ubezpieczeniowych, działających na zasadzie wzajemnej konkurencji. Projekt zakładał uzupełnienie podstawowego finansowania ubezpieczeniowego o dobrowolne ubezpieczenia komplementarne, towarzyszące wprowadzeniu zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych. Z. Religa zachowywał w mocy projekt krajowej listy szpitali publicznych, zakładał przebudowę systemu ratownictwa medycznego, racjonalizację polityki lekowej państwa (poprzez między innymi nowelizację prawa farmaceutycznego, nakierowaną na modyfikację listy leków refundowanych, zmianę zasad rejestracji leków, wprowadzenie urzędowych maksymalnych cen za leki stosowane w lecznictwie zamkniętym, ograniczenie swobody kształtowania marż aptecznych w przypadku leków refundowanych oraz wprowadzenie ograniczeń w zakresie promocji farmaceutyków) [Starosolski i in. 2006, s. 228–238]. Niestety, tylko dwa projekty udało się zrealizować. Powstała nowa ustawa o ratownictwie medycznym oraz znowelizowano prawo farmaceutyczne. Nie doszło jednak do zmian systemowych. K. Krajewski-Siuda i P. Romaniuk [2011] upatrują porażek założeń reformatorskich ministra Religi w kilku czynnikach: słabej pozycji Z. Religi w ówczesnym rządzie, wewnętrznej opozycji w osobie B. Piechy, który – mimo że formalnie jako sekretarz stanu był zastępcą ministra Religi, nie zgadzał się z jego koncepcjami i założeniami. Trzecią przyczyną porażki koncepcji reformatorskich była postawa ówczesnego rządu, który koncentrował się na przełamaniu wewnętrznego kryzysu partyjnego i kwestie polityki zdrowotnej nie były dla niego priorytetowe.

Kolejny minister zdrowia, E. Kopacz w rządzie D. Tuska, przedstawiła założenia, które miały na celu usprawnienie systemu opieki zdrowotnej. Pani minister założyła: restrukturyzację sektora świadczeniodawców, w tym obligatoryjne zakwalifikowanie działalności wszystkich zakładów opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy z 2004 roku. Przygotowany program



Rysunek 2.3. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do 2003 roku

Źródło: Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 40–41.



Rysunek 2.4. System opieki zdrowotnej po 2003 roku

Opracowanie własne

zakładał odejście od formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na rzecz spółek kapitałowych, ewentualnie jednostek i zakładów budżetowych, zebranie w jednym akcie prawnym przepisów odnoszących się do praw pacjenta, wprowadzenie alternatywnych wobec NFZ możliwości ubezpieczenia oraz wprowadzenie instrumentów popularyzujących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Zaproponowane działania legislacyjne podjęte przez E. Kopacz, odnoszące się do przekształcenia zakładów w spółki prawa handlowego, nie spotkały się z wystarczającym poparciem. Dlatego też rząd zaczął forsować projekt przekształceń nieobligatoryjnych, w których decyzje podejmowałyby organy założycielskie w zależności od sytuacji finansowej [Krajewski-Siuda i Romaniuk 2011, s. 32–34]. Znamienny okazał się wprowadzony w 2011 roku pakiet ustaw, w tym przewodnia Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (system opieki zdrowotnej po 2003 roku przedstawiono na rysunku 2.4).

System finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce podlega ciągłym zmianom. Obecny system bardziej z nazwy niż ze swojej natury przypomina system ubezpieczeniowy. Składka bowiem nie jest dobrowolna i nie zależy od indywidualnych decyzji obywatela, ma charakter powszechny i jest obowiązkowa, a płacący nie ma wpływu na to, co w zamian dostanie. Analizę SWOT systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawiono w tabeli 2.3.

W polskim systemie można wyróżnić następujące źródła finansowania: ubezpieczenia zdrowotne (obowiązkowe i dobrowolne), budżet państwa, środki własne pacjenta (dokonywanie dopłat bezpośrednio przez korzystających z usług medycznych: dopłaty do usług stomatologicznych, środków ortopedycznych itp.), finansowanie quasi-ubezpieczeniowe, oparte na pakietach świadczeń, wykupywanych najczęściej przez zakłady pracy jako forma pakietu socjalnego lub dodatkowego wynagrodzenia dla pracownika i/lub jego rodziny [Siwińska i in. 2008, s. 358–367].

I. Magda i K. Szczygielski [2011, s. 26 i n.] proponują zastosowanie jednego z trzech scenariuszy, aby poprawić sytuację polskiego systemu opieki zdrowotnej. Scenariusz pierwszy – współpłacenie. Autorzy przytaczają jako argument zjawisko *moral hazard*. Nadmierna konsumpcja wystąpi jednocześnie, gdy spełnione są trzy warunki: ubezpieczyciel nie może obserwować stanu zdrowia pacjenta, pacjent sam decyduje o wyborze leczenia, ubezpieczyciel finansuje leczenie pacjenta w całości. P. Zweifel z zespołem uważa, że jeżeli wprowadzi się współpłacenie pacjenta, to pacjent sam wybierze poziom leczenia, który odpowiada założeniom ubezpieczyciela. C. Ros, P. Groenewegen i D. Delnoij przedstawiają trzy formy współpłacenia: *coinsurance* (współubezpieczenie – gdy pacjent pokrywa ustaloną część kosztu ubezpieczenia), *copayment* (współpłacenie – gdy pacjent każdorazowo płaci pewną stałą kwotę za usługę), *deductible* (franczyza redukcyjna – gdy pacjent pokrywa koszty leczenia aż do pewnego ustalonego limitu, po którego osiągnięciu usługa staje się w danym okresie darmowa) [Ros, Groenewegen i Delnoij 2000].

Tabela 2.3. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia w Polsce

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> 1. Istnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. 2. Dobrze wykwalifikowana kadra medyczna. 3. Bardzo szeroka i profesjonalna oferta usług medycznych, także dla świadczeniobiorców spoza naszego kraju. 4. Istnienie ośrodków stosujących nowoczesne technologie medyczne. 5. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających akredytację i certyfikat jakości. 6. Realizowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia finansowanych ze środków Unii Europejskiej. 7. Dobra baza naukowo-dydaktyczna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niedostosowanie sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia oraz struktury kadrowej i materialnej systemu do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych. 2. Nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych alokacja zasobów ochrony zdrowia. 3. Brak pełnych, wiarygodnych informacji niezbędnych w procesach decyzyjnych. 4. Brak skutecznego mechanizmu zarządzania i nadzoru właścicielskiego. 5. Wysokie koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, generowane między innymi przez brak nadzoru nad ordynowaniem leków oraz przerosty zatrudnienia w niektórych placówkach. 6. Systematyczne zadłużanie się części zakładów opieki zdrowotnej. 7. Dekapitalizacja znacznej części bazy materialnej. 8. Niskie płace personelu medycznego. 9. Istnienie zjawiska korupcji i „szarej strefy”. 10. Słabość mechanizmów politycznych.
Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Istnienie otwierającego się rynku usług medycznych. 2. Nie w pełni wykorzystany potencjał zasobów kadrowych. 3. Przygotowanie do wykonywania usług medycznych o wysokim standardzie, finansowanych także ze środków niepublicznych. 4. Możliwość optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. 5. Zwiększenie poziomu finansowania ochrony zdrowia. 6. Dostosowanie systemu ochrony zdrowia do zmieniającego się popytu na świadczenia zdrowotne. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. 2. Nadumieralność mężczyzn w średniej grupie wieku, skutkująca krótszym trwaniem życia populacji w porównaniu z krajami UE. 3. Niski poziom finansowania ochrony zdrowia. 4. Niedostosowanie leczenia stacjonarnego do zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa. 5. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa. 6. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą.

Źródło: *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*, s. 36.

Scenariusz drugi – ubezpieczenia suplementarne pozwalają na szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, przy wyższej jakości i standardzie. Osoby wykupujące polisy suplementarne pozostają w powszechnym systemie ochrony zdrowia, opłacając w nim składki zdrowotne. I. Magda i K. Szczygielski [2011] wskazują, że w takich krajach, jak: Włochy, Portugalia, Grecja, rozwinęły się ubezpieczenia

suplementarne, zwiększając wybór dostarczanych usług dla pacjentów oraz pozwalając na szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Budzi to jednak ryzyko zjawiska „zbierania śmietanki” (*cream-skimming*), tzn. selekcji ubezpieczonych charakteryzujących się niskim ryzykiem zdrowotnym.

Scenariusz trzeci – konkurencja w systemie bazowym. Zbudowanie systemu podobnego do holenderskiego, składającego się z trzech filarów. Pierwszy to AWBZ – obowiązkowe ubezpieczenie państwowe na opiekę długoterminową, zapewniające ubezpieczonym opiekę w przypadku chorób przewlekłych, wiążących się z istotnymi kosztami finansowymi. Ubezpieczenie to jest finansowane głównie ze składek zależnych od dochodów, a korzystanie z usług w ramach AWBZ wiąże się ze współpłaceniem. Drugi filar to ZVW (składka ubezpieczenia zdrowotnego) – obowiązkowe podstawowe ubezpieczenie u ubezpieczyciela prywatnego. Składka ubezpieczeniowa złożona jest z dwóch elementów: składki liniowej, kierowanej bezpośrednio do wybranego ubezpieczyciela, niezależnej od indywidualnego ryzyka, oraz składki zależnej od dochodu, opłacanej przez pracodawcę i kierowanej do Narodowego Funduszu Ubezpieczeń. Komplementarne ubezpieczenia zdrowotne u prywatnych ubezpieczycieli na usługi dodatkowe niepokrywane w ramach AWBZ i ZVW stanowią trzeci filar systemu.

2.2. Rola samorządu terytorialnego w organizacji ochrony zdrowia

W XIX wieku niemal w całej Europie zaznaczył się trend nadawania podstawowym jednostkom terytorialnym państwa autonomii i swobody decydowania w zakresie niektórych spraw publicznych. Wzmocnienie pozycji samorządu terytorialnego nastąpiło w XX wieku, kiedy dokonywał się podział zadań publicznych między administrację rządową i samorządową. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych wzmocniała się pozycja prawna i odpowiedzialność samorządu terytorialnego⁶, co było warunkowane procesem demokratyzacji we wszystkich państwach zachodnich. Tendencje te znalazły wyraz w przyjęciu w wielu krajach ustaw wzmocniających kompetencje samorządów lokalnych na wszystkich poziomach. Na płaszczyźnie międzynarodowej przełomowe znaczenie miało przyjęcie w 1985 roku przez ówczesne państwa członkowskie Rady Europy, Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego⁷. W świetle opracowań Rady Europy i EUROWHO, państwa europejskie mają dwa lub trzy poziomy samorządu

⁶ W klasycznej teorii *samorząd* pojmuje się jako formę samodzielnego i niezależnego zawiadywania przez grupy obywateli swoimi sprawami, co oznacza wykonywanie funkcji administracji publicznej [Izdebski 1997, s. 139].

⁷ Karta weszła w życie 1 września 1988 roku jako konwencja międzynarodowa, po uzyskaniu wymaganej liczby ratyfikacji. Karta reguluje podstawowe sprawy związane z ochroną i rozwojem praw samorządów lokalnych w Europie [Poździoch i in. 2000, s. 9].

terytorialnego⁸. W krajach Unii Europejskiej władze centralne określają kierunki polityki zdrowotnej, a samorząd terytorialny partycypuje w rozwijaniu i ukierunkowaniu lokalnej polityki zdrowotnej w granicach określonych przez władze. Władze gminne z reguły odpowiadają za zdrowie publiczne i środowiskowe, pomoc i opiekę społeczną, ochronę zdrowia matki i dziecka, opiekę nad ludźmi w wieku podeszłym, działania ukierunkowane na grupy zaniedbane i z marginesu społecznego. Odpowiadają także za właściwe zabezpieczenie podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarstwo środowiskowe i opiekę domową nad chorym. Władze okręgu z reguły odpowiadają za specjalistyczną opiekę zdrowotną. W świetle opracowań Rady Europy można wyróżnić kilka typów modelowych w zakresie uprawnień i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego [Poździoch i in. 2000, s. 18–19].

Pierwszy model jest typowy dla Finlandii, gdzie pozycja gmin jest bardzo silna, kompetencje i uprawnienia rozległe, a środki finansowe w większości przypadków gmina pozyskuje we własnym zakresie. Model ten, określany jako system władz gminnych, od 1993 roku stosowany jest przez kraje bałtyckie – Estonię i Łotwę – oraz częściowo przez Mołdawię. W latach 1992–1994 odpowiedzialność za podstawową i specjalistyczną opiekę przekazano gminom także w Bułgarii.

Drugi model, typowy dla krajów skandynawskich – Danii, Szwecji, Norwegii – jest znany jako system autonomicznych okręgów, w którym władze okręgu (powiatu) są odpowiedzialne za planowanie i administrowanie opieką zdrowotną i finansowanie jej z własnych podatków. Władze odpowiadają za zabezpieczenie specjalistycznej opieki – rady zatrudniają personel szpitali (Szwecja) lub koordynują pracę niezależnych lekarzy ogólnych (Dania, Norwegia).

Z kolei trzeci model, zdefiniowany jako system aktywnych prowincji (okręgów), jest charakterystyczny dla Holandii, Grecji i Turcji. Władze na tym poziomie odpowiadają za planowanie i zabezpieczenie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a kompetencje gmin są ograniczone (Czechy).

Model czwarty, nazwany systemem autonomicznych regionów, występuje w Niemczech, Austrii, Belgii, Szwajcarii, we Włoszech i w Hiszpanii. Regiony mają znaczną autonomię, nadzorują negocjacje między kasami chorych a świadczeniodawcami albo nadzorują i koordynują działalność lokalnych organizacji zdrowia.

W zakresie uprawnień i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego interesujący jest piąty model, określany jako system centralnej administracji państwa.

⁸ Pierwszy poziom stanowią gminy, drugi (w wielu krajach ostatni) stanowią okręgi – w Danii, Szwecji, Norwegii, Irlandii – hrabstwa (*counties*), w Finlandii, Holandii, Belgii, Włoszech, Hiszpanii – prowincje (*provinces*), we Francji – departamenty (*departaments*), w Grecji – prefektury (*prefectures*), w Szwajcarii, Austrii, Wielkiej Brytanii – dystrykty (*districts*) [Poździoch i in. 2000, s. 14].

Występuje on na Malcie, w Izraelu, w republikach byłej Jugosławii, na Słowacji. W krajach tych rząd coraz bardziej ceduje swoje uprawnienia na jednostki terytorialne (okręgi – dystrykty).

Ostatni, szósty model – centralizm demokratyczny – typowy dla Federacji Rosyjskiej, Ukrainy i Białorusi. W tych państwach Europy Wschodniej przetrwały wzory i rozwiązania socjalistyczne, a tendencje decentralizacji władzy są najmniej zaawansowane.

W Polsce reaktywacja w 1990 roku, po długiej nieobecności w życiu publicznym, instytucji samorządu terytorialnego stanowiła doniosły akt o charakterze politycznym, społecznym i ekonomicznym. Odtworzenie samorządu terytorialnego na poziomie gminy było integralnym elementem procesów zmian systemowych, polegających na odbudowie państwa demokratycznego i obywatelskiego oraz tworzeniu gospodarki rynkowej. Samorząd terytorialny został przywrócony w Polsce w jakościowo nowej postaci, a jego kształt ustrojowy w znacznym stopniu nawiązuje do doświadczeń i praktyki krajów o wielowiekowej tradycji samorządu terytorialnego [Wojciechowski 2003, s. 7]. Samorząd w naszym kraju reaktywowano opierając się przede wszystkim na doświadczeniach krajów UE. To właśnie długa tradycja samorządu zachodnioeuropejskiego, jego praktyczne doświadczenia, a przede wszystkim konstrukcja prawna podstaw działania i gwarancji samodzielności posłużyły w pierwszej fazie kształtowania koncepcji samorządu w Polsce za źródło inspiracji i wzorów, uwydatniających właśnie europejski wymiar dokonywanych zmian [Miaskowska-Daszkiewicz i Szmulik 2010, s. 17]. W opinii D. Sobusik reforma administracyjna przesunęła w części odpowiedzialność za sytuację społeczno-gospodarczą ludności z podmiotu państwowego na samorządy terytorialne, narzucając im szeroki zakres i często nie zabezpieczając odpowiednich środków finansowych na ich realizację. Przyjęto założenie, że skoro mają one możliwość działania, podejmowania różnych inicjatyw, mają narzędzia do prowadzenia względnie samodzielnej polityki, to tym samym mogą być odpowiedzialne za swoje poczynania, przekładając się na szeroko rozumiany poziom i jakość życia lokalnego społeczeństwa [Sobusik 2004, s. 92–95].

Pamiętać należy, że Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym określiła przede wszystkim zadania gmin na rzecz ochrony zdrowia. Gminy nie posiadały jednak środków finansowych i rozwiązań organizacyjnych i tylko w znikomym stopniu nadzorowały działania podległych zakładów. W 1993 roku Polska ratyfikowała Europejską Kartę Samorządu Terytorialnego, która obli-guje do zagwarantowania samodzielności i niezależności samorządu [Frączkiewicz-Wronka 2006, s. 109]. Dostosowując ustawodawstwo do wymogów konstytucyjnych, w 1998 roku znowelizowano ustawę o samorządzie gminnym z 1990 roku i uchwalono ustawy ustanawiające samorząd powiatowy i samorząd

województwa⁹. Zadania samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia uległy zasadniczej zmianie z dniem 1 stycznia 1999 roku. Wprowadzona reforma administracyjna stworzyła trójszczeblowy system samorządu, na który oprócz istniejących od 1990 roku samorządowych gmin składają się województwa i powiaty, oraz wprowadziła w życie nowe zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w wyniku którego doszło do oddzielenia funkcji dotychczas pełnionych przez władze publiczne [Dercz i Izdebski 2001, s. 121].

Zgodnie z ogólnymi zasadami reformy sektora zdrowotnego, zostały wyodrębnione trzy główne funkcje systemu opieki zdrowotnej, których realizacja miała być powierzona trzem grupom podmiotów. Funkcja finansowania opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych) była podjęta przez powołane wówczas kasy chorych, funkcja udzielania świadczeń stała się przedmiotem odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej, natomiast organizowanie instytucji świadczących usługi, a także podejmowanie i realizowanie innych działań służących zdrowiu, stały się przede wszystkim zadaniem samorządów terytorialnych różnych szczebli, przy współuczestnictwie administracji rządowej i organów samorządu zawodów medycznych [Włodarczyk i Sitko 1999, s. 35].

Zadania samorządów terytorialnych są jednak bardzo szerokie, a wymagania co do zarządzania zakładami opieki zdrowotnej przy braku wystarczających środków były olbrzymie. K. Teodoruk wymienia następujące zadania samorządu terytorialnego w odniesieniu do ochrony zdrowia: Ustawa o samorządzie wojewódzkim, powiatowym i gminnym nakłada na samorządy wykonanie zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Ustawa o zmianie niektórych ustaw, określających kompetencje organów administracji publicznej, w związku z reformą ustrojową państwa nakłada na samorządy wojewódzkie i powiatowe rolę podmiotów właścicielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Starosta jest organem wydającym decyzje w sprawie przymusowego leczenia gruźlicy. Powołuje i odwołuje powiatowego inspektora sanitarnego, a Zarząd Powiatu pokrywa koszty przewozu osób podległych przymusowej hospitalizacji i izolacji w przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej. Z kolei Zarząd Województwa i Starosta organizują na podległym obszarze zarządy leczenia odwykowego. Dodać należy, że samorząd województwa finansuje niektóre zadania służby medycyny pracy. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 55a) nakłada na samorząd terytorialny obowiązek opracowania planu zabezpieczenia ambulatoryjnych usług zdrowotnych (plan zatwierdza wojewoda). W sposób istotny rolę samorządu wyznaczała także ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [Teodoruk 2002, s. 55]. Uprawnienia, jakie przysługują organom jednostek samorządu terytorialnego wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dotyczą kwestii: organizacyjno-personalnych, majątkowo-finansowych oraz kontrolno-nadzorczych.

⁹ Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa.

W sprawach organizacyjno-personalnych jednostki samorządu terytorialnego mają uprawnienia do [Dercz i Izdebski 2001, s. 124 i n.]:

- tworzenia, a co za tym idzie przekształcania i likwidowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej; podmiot, który utworzył zakład, nadaje mu statut poprzez zatwierdzenie przepisu uchwalonego przez radę społeczną zakładu;
- nawiązywania stosunku pracy na podstawie powołania, umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej z kierownikami publicznego zakładu opieki zdrowotnej; kompetencje do zatrudniania i zwalniania kierownika samorządowych jednostek organizacyjnych mają organy wykonawcze tych samorządów, czyli ich zarządy;
- wyboru rady społecznej zakładu – rada ma w stosunku do kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej odgrywać rolę organu doradczego, a wobec organu założycielskiego rolę organu inicjującego i opiniodawczego; przewodniczącym rady społecznej powinien być przewodniczący zarządu jednostki samorządu albo osoba przez niego wskazana; członkami zaś przedstawiciel wojewody oraz przedstawiciele wyznaczeni przez radę gminy lub radę powiatu; rada formułuje swoje stanowisko w formie wniosków i opinii, a w razie pojawienia się trudności finansowych zakładu powinna spełniać funkcję wczesnego ostrzegania. W sytuacji wystąpienia konfliktu między kierownikiem zakładu a radą społeczną kierownik zakładu może odwołać się do podmiotu, który zakład utworzył.

W kwestiach majątkowo-finansowych organ założycielski ma prawo do ustalania (w drodze uchwały rady/sejmiku) zasad dotyczących zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Wnieсение majątku trwałego do spółek lub fundacji wymaga każdorazowo zgody organu założycielskiego. W przypadku połączenia, podziału albo przekształcenia zakładu, organ założycielski może pozbawić zakład składników majątku trwałego. Właścicielem nieruchomości jest organ założycielski, a właścicielem ruchomości jest zakład opieki zdrowotnej. Organ założycielski podejmuje uchwałę dotyczącą zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego o ustalonym przez ten organ przeznaczeniu i standardzie. Powyższe działania powinny być poprzedzone wnioskiem lub opinią rady społecznej. W przypadku osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego, deficyt zakładu może obciążyć samorząd (pokrycie długu lub likwidacja samorządu).

Uprawnieniem o najbardziej istotnym znaczeniu jest prawo nadzoru nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Kontrola i ocena działalności zakładu oraz pracy kierownika obejmuje, w szczególności: realizację zadań statutowych, ocenę dostępności i poziomu udzielanych świadczeń (zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w statucie; wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny i techniczny oraz w specjalistyczne środki transportu sanitarnego,

wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych i usług odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń przewidzianych w statucie), prawidłowość gospodarowania mieniem (wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego, zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego, zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia go do spółek lub fundacji) oraz gospodarkę finansową. W przypadku gdy decyzje kierownika są sprzeczne z prawem, zarząd właściwej jednostki samorządu terytorialnego ma prawo do wstrzymania, zmiany lub cofnięcia decyzji kierownika zakładu. Pewne kompetencje w zakresie oceny pracy kierownika ma także rada społeczna, która może wnioskować o przyznanie kierownikowi zakładu nagrody lub wnioskować o rozwiązanie z nim stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

Zadania administracji samorządowej na szczeblu gminy, powiatu i województwa obejmują tworzenie ogólnej strategii, planowanie działań w zakresie zdrowia publicznego, promocję zdrowia oraz prowadzenie zakładów. Każdy ze szczebli władzy lokalnej jest odpowiedzialny za tworzenie strategii rozwojowej, odpowiednio dla swojego terytorium. Organy samorządowe na szczeblu gminy odpowiadają za zakłady udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, na szczeblu powiatu – za podstawowe specjalności (internę, pediatrię, chirurgię, ginekologię i położnictwo), natomiast władze wojewódzkie – za większość świadczeń specjalistycznych. Samorząd zachowuje także wiele uprawnień związanych z ważniejszymi decyzjami, które należy podejmować w procesie zarządzania¹⁰. Najszersze uprawnienia i zadania w zakresie ochrony zdrowia ma samorząd wojewódzki, a najbardziej ograniczone i wyrażone w sposób ogólnikowy – samorząd gminy [Grzybowski 1999, s. 16].

M. Rabczewska stwierdza, że kasy chorych finansowały jedynie część kosztów związanych z utrzymaniem zakładów opieki zdrowotnej (koszty związane z działalnością leczniczą). Pozostałe koszty związane z zakupami rzeczowymi, remontami budynków czy dbałością o sprzęt medyczny ponosił samorząd terytorialny. Zazwyczaj było to 30–40% kosztów funkcjonowania zakładów opieki

¹⁰ Zakład opieki zdrowotnej może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego o przeznaczeniu i standardzie określonym wyłącznie przez samorząd, który także musi wyrazić zgodę na ten zakup lub przyjęcie darowizny. Samorząd musi też wyrazić zgodę na zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego zakładu opieki zdrowotnej, albowiem wniesienie tego majątku do spółek lub fundacji jest nieważne bez zgody samorządu, który utworzył ten zakład. Samorząd może pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w wypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu.

Ponadto samodzielny zakład opieki zdrowotnej może także otrzymać od samorządu dotacje na zadania wyszczególnione w art. 55 ust. 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej to znaczy na: a) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia, b) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, c) inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego, d) cele szczegółowe, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów, na przykład zadania zlecone w zakresie medycyny pracy [Włodarczyk 1999, s. 57].

zdrowotnej. Sytuacja była tym gorsza, że często przejmowane były zakłady o dużym stopniu zadłużenia, nawet paromilionowe kwoty przypadały na każdy większy obiekt szpitalny [Rabczewska 2004, s. 310].

Najistotniejsze zadania samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia wynikają jednakże z jego uprawnień właścicielskich. Zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył, samorządy zostały właścicielami majątków. A. Frączkiewicz-Wronka podkreśla, że organy samorządowe szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego wypełniają zadania przypisane formalnie do zakresu działania administracji rządowej (między innymi z zakresu ochrony zdrowia) oraz mają zadania własne (w tym także związane z ochroną zdrowia), które realizują we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność [Frączkiewicz-Wronka 2006, s. 112]. Ochrona zdrowia jest ogólnym zadaniem, którego konkretyzacja następowała w kilkudziesięciu ustawach¹¹. Uprawnienia i zadania samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia można podzielić na dwie grupy: kompetencje w zakresie wykonywania funkcji organu założycielskiego oraz zadania i kompetencje w sprawach planowania struktury ochrony zdrowia. Poniżej zostały przedstawione zadania samorządu terytorialnego z tej drugiej grupy.

Do zadań gminy należą właściwie wszystkie sprawy publiczne o charakterze lokalnym, jeśli nie zostały zastrzeżone w drodze ustawy na rzecz innych podmiotów (powiatu lub administracji rządowej). Gmina jest odpowiedzialna przede wszystkim za infrastrukturę techniczną (drogi, wodociągi i komunikację publiczną), infrastrukturę społeczną (szkoły, ochronę zdrowia, opiekę społeczną), ochronę i bezpieczeństwo publiczne (ochronę przeciwpożarową, bezpieczeństwo

¹¹ W szczególności były to ustawy: z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych, z dnia 13 września 1996 roku o utrzymaniu czystości i porządku w gminach, z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach, z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne, z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, z dnia 13 czerwca 2003 roku o cudzoziemcach – z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy, z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi, z dnia 25 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z dnia 6 grudnia 2002 roku o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, z dnia 28 lipca 2005 roku o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, z dnia 18 stycznia 1996 roku o kulturze fizycznej, z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, z dnia 27 kwietnia 2001 roku Prawo ochrony środowiska, z dnia 27 kwietnia 2001 roku o odpadach, z dnia 7 czerwca 2001 roku o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, z dnia 27 marca 2003 roku o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.

sanitarne), ład przestrzenny i ekologiczny (gospodarkę terenami, ochronę środowiska). Poniżej przedstawiono akty prawne określające zadania gminy w zakresie ochrony zdrowia (zadania własne lub zlecone) [Dercz i Izdebski 2001, s. 133–134; Ministerstwo Zdrowia 2012]:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 roku w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnego opieki zdrowotnej, § 4 – do zadań gminy należy zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, położnictwa i ginekologii oraz stomatologii, zgodnie z minimalnym planem zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.
- Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych – rada gminy decyduje o założeniu, rozmieszczeniu i zamknięciu cmentarza komunalnego po uzyskaniu zgody inspektora sanitarnego.
- Ustawa z dnia z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – obowiązek zgłaszania organom Inspekcji Sanitarnej, a także określonym zakładom służby zdrowia przypadków zachorowań i zgonów na choroby zakaźne natychmiast po powzięciu o nich wiadomości.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy społecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla dzieci i młodzieży; wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Realizacja tych zadań jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, uchwalanego corocznie przez radę gminy.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego – do zadań gminy należy realizacja usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, art. 12a – na żądanie rady gminy inspektor sanitarny ma obowiązek przedstawić informację o stanie bezpieczeństwa sanitarnego gminy; w razie bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego na terenie gminy wójt lub burmistrz może wydać właściwemu inspektorowi sanitarnemu polecenie podjęcia działań zmierzających do usunięcia tego zagrożenia.
- Ustawa z dnia 27 marca 2003 roku o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, art. 1, 10 i 54 – rada gminy w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego może ustalić szczególne warunki zagospodarowania

terenu, w tym zakaz zabudowy wynikający z potrzeb ochrony zdrowia. Wójt, burmistrz albo prezydent miasta podejmują decyzje o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu, w tym także decyzje w odniesieniu do inwestycji szczególnie szkodliwych dla środowiska i zdrowia ludzi.

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 10 – do zadań własnych gmin należy: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych służących rozwiązaniu problemów narkomanii; pomoc społeczna osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób, z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu zrealizowania powyższych zadań opracowuje gminny program przeciwdziałania narkomanii, uwzględniając zadania z krajowego programu.

Nieco szersze zadania ma powiat, który stał się jednostką uzupełniającą w stosunku do gminy. Mając większy potencjał gospodarczy, finansowy i społeczny, jest w stanie samodzielnie wykonywać zadania o wyższym stopniu skomplikowania czy specjalizacji niż gmina. Do zadań powiatu można zaliczyć: ponadstandardową infrastrukturę społeczną (prowadzenie szpitali, domów opieki społecznej), ponadpodstawową infrastrukturę techniczną (drogi publiczne ponadgminne), porządek publiczny i bezpieczeństwo obywateli w wymiarze ponadgminnym (ochrona przeciwpożarowa, nadzór budowlany), ochronę środowiska i zagospodarowanie przestrzenne w wymiarze ponadgminnym, działalność organizatorską zmierzającą do rozwiązywania lokalnych problemów [Wojnicki 2003, s. 57–67].

Do zadań powiatów należą między innymi¹²:

- dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów (zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu

¹² Na podstawie informacji zawartych na stronie Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl [dostęp: 22.12.2012].

osób niepełnosprawnych i wydanym na jej podstawie Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (art. 35a, ust. 1, pkt 7 a) i c));

- wystawianie skierowań do zakładu opiekuńczo-leczniczego i do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach);
- tworzenie powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, co wynika z art. 22 Ustawy z dnia 25 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wydanego na jej podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2002 roku w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych;
- organizowanie i zapewnienie usług w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznym, co wynika z art. 6a Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego;
- udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności dzieci i młodzieży, zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego;
- udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu, zgodnie z Ustawą z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
- realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- realizacja zadań z zakresu inspekcji sanitarnej zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zadań w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom – zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach;
- ustalanie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych, co wynika z Ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne;
- obowiązek zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej, zgodnie z Ustawą z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Powiat realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej. Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych, art. 8, ust. 1, do zadań powiatu należy opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu, po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami wchodzącymi w skład danego powiatu. Artykuł 48 stanowi, że do zadań powiatu należy również przekazanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych. Dotyczy to zarówno programów realizowanych przez powiat w trybie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak i programów realizowanych przez gminy wchodzące w skład danego powiatu. Powiat inicjuje, wspomaga i monitoruje działania lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na terenie powiatu.

Z kolei samorząd województwa¹³:

- tworzy i utrzymuje wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, co wynika z art. 15, ust. 1 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o *szukbie medycyny pracy* oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz programów promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy (art. 21, ust. 2 ustawy);
- tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa;
- bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności dzieci i młodzieży (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego);
- realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu, zgodnie z Ustawą z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Samorząd województwa realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 9 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań samorządów województwa należą: opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa (w trybie art. 48) oraz przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych. Obowiązek

¹³ Na podstawie informacji zawartych na stronie www.mz.gov.pl [dostęp: 22.12.2012].

ten obejmuje także przekazywanie wojewodzie informacji otrzymanych z powiatu na temat programów realizowanych przez powiaty i gminy leżące na terenie działania wojewody. Istotnym zadaniem jest opracowywanie i wdrażanie innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Od 2001 roku publiczne uczelnie medyczne i publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych stały się organami założycielskimi dla zakładów klinicznych prowadzonych przez ministra zdrowia [Zemke-Górecka 2010, s. 67–69; Ustawa z dnia 19 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawie o szkolnictwie wyższym].

Zmiany kompetencji organów administracji publicznej zapoczątkowały inny niż dotychczas podział zadań i odpowiedzialności w zakresie ochrony zdrowia. W nowym systemie wojewoda spełnia funkcje rejestracyjne, opiniotwórcze i kontrolne. Organy samorządu wojewódzkiego przejęły funkcje organu założycielskiego dla wysoko specjalistycznych szpitali, wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, zakładów realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia niepolegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. ratownictwo medyczne, transport sanitarny), a także realizację zadań z zakresu tzw. zdrowia publicznego związanych z ochroną zdrowia psychicznego, przeciwdziałaniem uzależnieniom i chorobom zakaźnym, kształceniem personelu medycznego oraz współdziałaniem z samorządami zawodowymi. W gestii organów samorządu powiatowego znalazły się uzupełniające do zadań organów wojewódzkich funkcje organu założycielskiego dla dotychczasowych specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej, obejmujących przychodnie i szpitale, średnie szkolnictwo medyczne na podległym terenie czy terenowe stacje sanitarno epidemiologiczne [Pęcherz i Stańczyk 1998, s. 16–18].

Oceniając funkcjonowanie samorządu terytorialnego, należy przytoczyć stanowisko M. Dercza, który uważa, że złe funkcjonowanie samorządowej ochrony zdrowia wynika przede wszystkim z zarządzania nią nakierowanego na interes kadry publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a nie na potrzeby zdrowotne społeczności lokalnych. Dopóki lokalne władze polityczne będą uwikłane w personalne powiązania z kadrą zatrudnioną na stanowiskach kierowniczych w publicznych zakładach, dopóty nie zmaleje udział szarej strefy w systemie ochrony zdrowia w Polsce [Dercz 2005]. Do stworzenia sprawnego systemu konieczne jest powołanie kadry, której kwalifikacje będą odpowiadały potrzebom rynkowym. Nie wystarczy już wyższe wykształcenie osób z organu założycielskiego czy dyrektora zakładu, bo jest to już warunkiem podstawowym. Konieczne jest posiadanie wykształcenia z zakresu zarządzania w opiece zdrowotnej. Mimo że trudno na niektórych kierunkach studiów o takie specjalności, ukończenie przynajmniej studiów podyplomowych z tego zakresu powinno być warunkiem niezbędnym i podstawowym. Nie może bowiem o losach zakładu decydować grupa

osób, która nie zna podstaw ekonomiki zdrowia lub która nie rozumie podstawowych zasad związanych z zarządzaniem zakładem opieki zdrowotnej.

L. Buliński uważa, że należy jednoznacznie oddzielić sferę zarządzania elementami systemu ochrony zdrowia od wykonywania świadczeń zdrowotnych. Niezbędne wydaje się też stworzenie na każdym szczeblu samorządu organizacji pacjentów, które jako ciała społeczne (ale działające przy pomocy etatowej fachowej kadry) zostałyby wyposażone w uprawnienia kontrolne w zakresie dostępności do świadczeń, ich jakości i skuteczności. Takie organizacje miałyby też stać na straży przestrzegania ustawowo zdefiniowanych i konkretnie zapisanych praw pacjenta [Buliński 2009, s. 41]. Pomysł przedstawiony przez L. Bulińskiego wydaje się właściwy, zwłaszcza że na przykład rząd Walii już od dawna włącza pacjenta w proces oceny procesu świadczenia usługi. Pacjent jest nie tylko odbiorcą, ale i współtwórcą procesu świadczenia usługi (szerzej w rozdziale 5).

2.3. Efekty reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce po 2003 roku

Oceniając transformację systemu opieki zdrowotnej w Polsce, S. Golinowska sformułowała hipotezę, że centralizacyjna reforma 2003 roku została spowodowana „buntem świadczeniodawców” ze względu na uciążliwe ograniczenia budżetowe kas chorych. Powstało przekonanie, że w systemie scentralizowanym środki będą bardziej sprawiedliwie rozłożone. Odwrót od koncepcji rynku wewnętrznego dokonał się w retoryce potępiającej nierówności dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz nierówności warunków. Po przejściu władzy przez koalicję SLD-UP reforma szybko została zrealizowana [Golinowska 2002, s. 1–5]. W deklaracjach politycznych podkreślano, że w nowym układzie ważną rolę w procesie kontraktowania świadczeń będzie odgrywała wielopłaszczyznowa współpraca z samorządami zarówno lokalnymi, jak i zawodowymi. Podstawowym celem współpracy miało być przygotowanie planów zdrowotnych traktowanych jako element uzupełniający, a jednocześnie kreatywny, prowadzonej przez ministra zdrowia polityki zdrowotnej państwa. Stąd też umowy na świadczenia usług zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) miały być efektem konsensusu zawartego między płatnikiem, organizatorem świadczeń oraz świadczeniodawcami [Owcorz-Cydzik 2006, s. 159]. Narodowy Fundusz Zdrowia powołano na mocy Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zastąpił on dotychczas funkcjonujące kasy chorych (jedna centrala w Warszawie i 16 oddziałów wojewódzkich), a w miejsce branżowej kasy chorych powołano w NFZ departament do spraw służb mundurowych reprezentowanych w poszczególnych oddziałach przez wydziały do spraw służb mundurowych. Pacjenci ubezpieczeni w kasach chorych zachowywali ten status w NFZ.

Wielu badaczy uważało, że Narodowy Fundusz Zdrowia stał się też odpowiedzialny na błędy popełnione już w procesie reformatorskim po 1999 roku. K. Krajewski-Siuda i P. Romaniuk [2011, s. 32–34] upatrują przyczyny niepowodzenia reformy przede wszystkim w niższej niż zakładano składce na ochronę zdrowia, źle przeprowadzonej decentralizacji środków na ochronę zdrowia oraz wdrożeniu reformy administracyjnej ze swymi negatywnymi skutkami (powstanie zbyt wielu kas chorych, przyjęcie przez samorządy obowiązków właścicielskich wobec zakładów opieki zdrowotnej, zanim same zdążyły się zorganizować). Do niewątpliwych czynników fiaska reformy należy zaliczyć również nie tylko brak warunków do skutecznej rywalizacji o pacjenta kas regionalnych z kasami branżowymi, ale także błędną decyzję pobierania składek przez ZUS, a nie przez same kasy chorych (drogi system informatyczny ZUS nie funkcjonuje). W praktyce kasy chorych okazały się regionalnymi „ministerstwami zdrowia” (istnienie jednego płatnika i brak konkurencji w tym obszarze stały się przyczyną wielu negatywnych zjawisk).

Źródła porażki reformy systemu opieki zdrowotnej należy upatrywać także w braku przekształceń własnościowych w zakładach lecznictwa zamkniętego, a w wielu miejscach również w zakładach opieki ambulatoryjnej, co stało się przyczyną marnotrawstwa, złego zarządzania i stagnacji w zakresie podnoszenia jakości [Derczyński, 2001, s. 35]. A. Boczkowski [2001], analizując proces reformy opieki zdrowotnej w Polsce, sformułował 11 tez socjotechnicznych, które uznał za istotne w dyskusji o reformie¹⁴.

¹⁴ Tezy A. Boczkowskiego [2001]: (1) Na specyfikę polskiej reformy istotny wpływ miała przeszło dwudziestoletnia historia, w której początek reformy realizowany był w ramach zupełnie innej, odmiennej od obecnej, sytuacji społecznej, polityczno-ideologicznej i ekonomicznej. (2) Istotnie zmienił się etos w odniesieniu do lekarzy, co polegało na schyłku etosu inteligenckiego. Istnienie szarej strefy obniżyło prestiż zawodu lekarza. (3) Środowisko lekarskie utraciło swoje grupowe umiejętności socjotechniczne ważne z punktu widzenia skuteczności obrony zawodowych interesów. (4) Daje się zauważyć znaczny dystans polskiego środowiska medycznego do trendów współczesnej socjotechniki systemów medycznych w krajach zaawansowanych cywilizacyjnie, a więc do ekonomizacji oraz przerwania części odpowiedzialności na podopiecznych. Obawa przed ekonomizacją wiąże się z zagrożeniami racjonalizacji, a więc z ograniczeniami finansowymi, a lęk przed przerwaniem odpowiedzialności na podopiecznych – z pozbawieniem się części przywilejów płynących z monopolu na zajmowanie się zdrowiem. (5) Popełniono znaczące błędy metodyczne, merytoryczne i techniczne odnośnie do socjotechnicznych zabiegów przygotowania różnych grup społecznych do wprowadzanych reform. W rezultacie zabrakło koniecznego warunku ogólnej akceptacji realizowanych zmian. Sprawę pogłębiła zła polityka marketingowo-propagandowa zmian legislacyjnych. (6) Kierownictwo decyzyjnych władz politycznych okazało się zarówno niekompetentne, jak i słabe politycznie. Formy walki o swoje prawa środowisko medyczne przyjęło od innych grup zawodowych, nie potrafiło wykorzystać wzorców własnych, adekwatnych do jego celów politycznych, a niesprzecznych z korzystnymi stereotypami na jego temat. W efekcie nie było w stanie wnieść się ponad współwystępujący z nim partykularyzm walki o wysoką pozycję ekonomiczną. Nie ułatwia sprawy zhierarchizowanie świata społecznego lekarzy i wynikająca z niego trudność reprezentowania własnych interesów. (7) Występuje wyraźna niechęć systemu

Uregulowania prawne zawarte z ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia budziły niezadowolenie społeczne, co doprowadziło do złożenia skarg konstytucyjnych. Zarzucano ustawodawcy brak możliwości sprawowania kontroli nad wydatkowaniem publicznych pieniędzy. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne potraktowano jak daninę publiczną o charakterze opłaty, co jest niezgodne z istotą ubezpieczenia zdrowotnego. Skarżący kwestionowali również pozycję NFZ, który był uprawniony do ustalania maksymalnych cen świadczeń zdrowotnych, bez obowiązku ustalania cen minimalnych. Zarzucano brak tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych, a rynek świadczeń medycznych nazwano obszarem ręcznego sterowania. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego stwierdzający niekonstytucyjność ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia spowodował konieczność opracowania nowej regulacji określającej zakres i warunki korzystania przez obywatela z opieki zdrowotnej [Zemke-Górecka 2010, s. 55–58]. W dniu 27 sierpnia 2004 roku uchwalono ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ustawa ta określa: (1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (2) zasady i tryb finansowania świadczeń, (3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, (4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, (5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i Rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin, przemieszczających się we Wspólnocie oraz Rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z 14 maja 2003 roku rozszerzającego przepisy Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 i Rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 na obywateli

medycznego w Polsce do wszelkich reform, które nie tylko burzą akceptowane dotąd reguły, ale również rozbijają dotychczasowe mechanizmy awansu profesjonalnego. (8) Odrzucenie hasel ekonomizacji, a przede wszystkim demedykalizacji jako funkcja wymieszania w systemie opieki zdrowotnej cech zaawansowania cywilizacyjno-technicznego z cechami anachronicznymi (feudalne stosunki wewnątrz systemu, skostniały, scholastyczny system kształcenia lekarzy, całkowite uprzedmiotowienie pacjentów itp.). (9) Brak w polskim systemie medycznym współdziałania na gruncie określonej ideologii jako warunku koordynacji wewnątrzsystemowej. (10) Obecna reforma nie została osadzona w szerszym systemie ochrony zdrowia. Nie obejmuje zdrowia publicznego, nie dotyka kwestii priorytetów ochrony zdrowia (np. miejsca polityki zdrowotnej w całości kształcie polityki społecznej). (11) W okresie przygotowawczym do wprowadzenia reformy toczyły się dyskusje w gronie eksperckim, zabrakło wizji skutków oraz działań socjotechnicznych ukierunkowanych na społeczne odbiorcę, mających na celu przygotowanie go na określone trudności, zdobycie jego zaufania.

państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami, wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo, (6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, (7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń [Buliński 2009, s. 35].

Obecną organizację instytucji płatnika świadczeń oparto na poprzedniej strukturze Narodowego Funduszu Zdrowia. Jego organami ustanowiono Radę Funduszu, prezesa, dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz rady oddziałów wojewódzkich. Nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Instytucja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest instytucją specyficzną ze względu na ochronę szczególnego ryzyka, jakim jest ryzyko choroby. Ryzyko to stanowi przedmiot podwójnej ochrony systemu w ramach ubezpieczenia społecznego (ZUS) i ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ). W ramach pierwszego z nich istotne jest zabezpieczenie negatywnych skutków choroby w sferze dochodu poprzez odpowiednie ubezpieczenie chorobowe, stanowiące część składową systemu ubezpieczenia społecznego. Dotyczy zatem świadczeń finansowych – zasiłków chorobowych. Ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia obejmuje swoim zakresem finansowanie świadczeń zdrowotnych, świadczeń rehabilitacyjnych czy wreszcie refundację leków [Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 96].

Konkretyzacja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego następuje w momencie zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego, przy czym świadczeniodawca musi być kontrahentem Narodowego Funduszu Zdrowia. Podkreślić należy, że w Polsce nie przewidziano możliwości uzyskania świadczenia u świadczeniodawcy, który nie ma kontraktu z NFZ, a następnie zwrotu kosztów za wykonane świadczenie. Świadczenie zdrowotne jest udzielane świadczeniobiorcom ubezpieczonym w NFZ, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Uprawnienia do świadczenia są możliwe poprzez uiszczanie składki zdrowotnej. Regulacje systemowe stanowią zasady określające:

- sposób naliczania wymiaru składki na ubezpieczenia zdrowotne według zasady proporcjonalnego, ustalonego procentowo obciążenia wynagrodzenia pracownika (od 7,5%, przez obecnie 9%, aż do 13% docelowo);
- sposób naliczania w sensie okresów pobierania składki: składka jest miesięczna i niepodzielna; składkę opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu – w przypadku osób zatrudnionych na umowę o pracę obowiązek ten w sensie formalnym obciąża pracodawcę; zasady odpowiedzialności za nieopłacenie w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne – od kwot tych pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych w ogólności;

Tabela 2.4. Organizacja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

<p>Porównywana cecha</p>	<p>Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 153)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ solidarność społeczna ▪ samorządność ▪ samofinansowanie ▪ prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych ▪ zapewnienie równego dostępu do świadczeń ▪ działalność kas chorych nie dla zysku ▪ gospodarność i celowość działania ▪ gwarancja państwa (art. 1a) 	<p>Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45, poz. 391)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ równe traktowanie obywateli oraz solidarność społeczna ▪ zapewnienie ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców na warunkach określonych w ustawie (art. 5) 	<p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U.2008 nr 164, poz. 1027)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ równe traktowanie oraz solidarność społeczna ▪ zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem (art. 65)
<p>Zasięg terytorialny (płatnika)</p>	<p>cały kraj</p>		
<p>Forma własności (płatnika)</p>	<p>publiczne</p>		

Instytucja płatnika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 regionalnych kas chorych i kasa branżowa dla służb mundurowych ▪ każda kasa ma osobowość prawną, jest instytucją samorządną i samofinansującą się 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NFZ (centrala, 16 oddziałów regionalnych) ▪ osobowość prawną ma NFZ (jako całość), oddziały nie mają samodzielności prawnej ani finansowej 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NFZ (centrala, 16 oddziałów regionalnych) ▪ osobowość prawną ma NFZ (jako całość), oddziały nie mają samodzielności prawnej ani finansowej
Organy płatnika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rada Kasy ▪ Zarząd 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rada NFZ ▪ Zarząd NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rada NFZ ▪ prezes ▪ rady oddziałów wojewódzkich ▪ dyrektorzy oddziałów wojewódzkich
Dochody płatnika	<p>przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, wysokość przychodów regulowana tzw. mechanizmem wyrównania między kasami (algorytm wyrównania)</p>	<p>przychody ze składek dzielone na oddziały wojewódzkie na poziomie centrali NFZ</p>	<p>przychody ze składek; podstawą podatku środków na oddziały wojewódzkie jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w wojewódzkim oddziale NFZ, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia; wysokość środków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju wykonywanych świadczeń wysoko specjalistycznych w latach poprzedzających rok, w którym ten plan jest utworzony, w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem (algorytm ustalany w rozporządzeniu ministra zdrowia)</p>
Nadzór nad płatnikiem	Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych	minister zdrowia	minister zdrowia

Źródło: Owcorz-Cydzik 2006, s. 193–195.

Tabela 2.5. Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych poprzez kontraktowanie świadczeń

<p>Porównywana cecha</p>	<p>Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 153)</p>	<p>Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45, poz. 391)</p>	<p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027)</p>
<p>Planowanie zapotrzebowania</p>	<p>w kompetencji kas chorych jednostki samorządu terytorialnego przygotowują plan zabezpieczenia opieki ambulatoryjnej</p>	<p>plany zapotrzebowania tworzone we współpracy z samorządem terytorialnym w województwa</p>	<p>plany zapotrzebowania tworzone we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i innymi podmiotami</p>
<p>Struktura świadczeń/ struktura wydatków</p>	<p>zróżnicowana, podział środków na poszczególne zakresy dowolny</p>	<p>od 2004 roku jednolity w skali całej Polski</p>	<p>jednolita w skali całej Polski</p>
<p>Standaryzacja świadczeń</p>	<p>realizowana samodzielnie, zróżnicowana, nieobligatoryjna, ograniczona w zasadzie do standardu produktu</p>	<p>od 2004 roku realizowana na poziomie centrali NFZ; obligatoryjna dla wszystkich oddziałów wojewódzkich i świadczeniodawców</p>	<p>realizowana na poziomie centrali NFZ, obligatoryjna dla wszystkich oddziałów wojewódzkich i świadczeniodawców; ograniczona w zasadzie do standardu produktu</p>
<p>Metody finansowania</p>	<p>zróżnicowane w zależności od kasy</p>	<p>od 2004 roku ujednolicone w skali całej Polski</p>	<p>ujednolicone w skali całej Polski</p>

Proces zawierania umów	realizowany w drodze konkursu ofert lub rokowań na podstawie różnicowanych materiałów konkursowych, warunków zawierania umów tworzone przez kasy	od 2004 roku realizowany w drodze konkursu ofert lub rokowań na podstawie ujednoliconych materiałów konkursowych, warunków ogólnych zawierania umów w randze Rozporządzenia Ministra Zdrowia, warunków szczegółowych w gestii zarządu	realizowany w drodze konkursu ofert lub rokowań na podstawie ujednoliconych materiałów konkursowych, warunków ogólnych zawierania umów w randze rozporządzenia ministra zdrowia, warunków szczegółowych w gestii prezesa
Długość kontraktów	w większości roczne	w większości roczne	kontrakty jednoroczne, dwu- i trzyletnie, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej i lecznictwie szpitalnym
Przedmiot kontraktów	zróżnicowany (nazewnictwo usług, miary, standard usługi)	od 2004 roku jednolity	jednolity
Cena świadczeń (jednostek rozliczeniowych kontraktów)	zróżnicowana	mimo deklaracji ujednoczenia zróżnicowana, ograniczenie w postaci ceny maksymalnej	w zasadzie jednolita, ograniczenie w postaci ceny maksymalnej
Świadczenia ponadlimitowe	płacenie za świadczenia ponad limit w zależności od sytuacji finansowej kasy	renegocjacje w celu uniknięcia nadlimitów, niepłacenie za nadlimity	renegocjacje w celu uniknięcia nadlimitów, niepłacenie za nadlimity
Jawność kontraktów	brak jawności	jawność kontraktów, obowiązek publikowania na stronach NFZ	jawność kontraktów, obowiązek publikowania na stronach NFZ
Kontrola umów	zasady kontroli zróżnicowane	zasady kontroli zróżnicowane	zasady kontroli zróżnicowane

Źródło: Owcorz-Cydzik 2006, s. 196–197.

- zasady dotyczące mechanizmów finansowania w sensie technicznym: środki finansowe pobrane od płatnika składek (składki zdrowotne) do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przekazują Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego [Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 128].

Centralizacja kas chorych i utworzenie jednego funduszu wymagało powrotu do administracyjnych narzędzi regulacyjnych. System był jednak nieprzygotowany do radykalnej zmiany. Zdaniem S. Golinowskiej, wprowadzenie w 2003 roku Narodowego Funduszu Zdrowia pokazało także inne wady. Główna dotyczyła odpowiedzialności ministra zdrowia i prezesa Funduszu w procesie zarządzania środkami. Zapisy nie rozdzielały tej odpowiedzialności. W ustawę wpisany został konflikt i możliwości wzajemnego blokowania się zasadniczych decyzji w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. Centralizacja środków oraz zarządzanie nimi ujawniło jeszcze jedną sprzeczność. Dotyczyła ona rozdzwienku między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej (samodzielność lub prywatna własność) a naturą centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć, a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami [Golinowska 2002, s. 3].

Już w 2004 roku S. Golinowska wskazywała na konieczność naprawy systemu opieki zdrowotnej: (1) stabilizowanie systemu oparte na logicznych zasadach funkcjonowania jego zasadniczych elementów, (2) równoważenie systemu pod względem finansowym zgodnie z zasadą makroekonomicznego bilansu, (3) wprowadzenie systemu racjonowania świadczeń zdrowotnych poprzez zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, (4) poprawę systemu zarządzania na każdym szczeblu systemu: rządowym, samorządu terytorialnego oraz mikroekonomicznym. Na szczeblu rządowym niezbędne jest wprowadzenie systemu kryteriów pozwalających na efektywniejszą alokację środków: kryteriów skuteczności medycznej i efektywności kosztowej, opracowanie i wprowadzenie standardów postępowania medycznego, stosowanie analiz jakości medycznej i jakości obsługi oraz wprowadzanie wyników do systemu zarządzania placówkami, stosowanie efektywnych zasad doboru kadr zarządzających, dbałość o kształcenie i racjonalne zagospodarowanie kadr medycznych, stosowanie zasadnego, uzgodnionego i transparentnego podziału środków między regiony, monitorowanie wprowadzanych rozwiązań i decyzji, rozwiązywanie konfliktów metodami odpowiednio przygotowanego dialogu między stronami i nienarażanie pacjentów na ograniczenie dostępu do świadczeń z tego powodu [Golinowska, Kozierekiewicz i Sowada 2004, s. 65–66].

Omawiając nową wersję ubezpieczenia zdrowotnego, należy szczególnie zwrócić uwagę, że ubezpieczeniowa konstrukcja opieki zdrowotnej łączy trzy samodzielne i względnie niezależne podmioty: świadczeniobiorcę, NFZ oraz świadczeniodawcę, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej. Tymczasem w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bardzo szeroko określono kompetencje ministra zdrowia i ministra finansów. Minister zdrowia decyduje o finansowaniu wysoko specjalistycznych świadczeń, kierowaniu na leczenie za granicę, ustala listę leków refundowanych, określa zakres zadań lekarza, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, jak też sprawuje nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia (minister zdrowia ma uprawnienia, aby odwołać prezesa Funduszu, dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jak też może ukarać prezesa Funduszu i jego zastępców oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu karą pieniężną w wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia) [Jończyk 2004, s. 3].

K. Zemke-Górecka zwraca uwagę na zbędność NFZ, skoro negocjatorem w przypadku tzw. porozumienia zielonogórskiego czy strajków pielęgniarek i położnych był minister zdrowia. Tak więc, pomimo reform z lat 1997–2003 system ochrony zdrowia powrócił do centralizacji decyzji opartej na administracyjnych instrumentach zarządzania, a to z kolei spowodowało rozmycie odpowiedzialności pomiędzy administracją rządową, samorządową oraz Narodowy Fundusz Zdrowia [Zemke-Górecka 2010, s. 65].

2.4. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności leczniczej

Jednym z najbardziej doniosłych w skutkach ustaleń formalno-prawnych odnoszących się do podmiotów leczniczych jest uznanie działalności leczniczej, poprzez art. 16¹⁵ Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej za działalność regulowaną. Jak piszą M. Dercz i T. Rek, poprzez uznanie, że działalność lecznicza jest zrównana z działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, niejako pośrednio uznano, że prowadzenie działalności leczniczej przez podmioty lecznicze **jest prowadzeniem przez nie działalności gospodarczej**. Prowadzenie działalności gospodarczej nie jest równoznaczne z posiadaniem statusu przedsiębiorcy. W uzasadnieniu do ustawy o działalności leczniczej wyraźnie wskazano, że w odniesieniu do jednostek sektora finansów publicznych wykonujących działalność leczniczą ich status prawny będzie co do zasady zbliżony do statusu innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Poza tym podmioty te będą przedsiębiorcami w rozumieniu kodeksu cywilnego, lecz nie przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, co umożliwi im funkcjonowanie bez konieczności dokonywania wpisu do rejestru przedsiębiorców. Zdaniem M. Dercza i T. Reka, taka interpretacja nie znalazła potwierdzenia w ostatecznym tekście ustawy, do każdego bowiem podmiotu prowadzącego działalność leczniczą ustawa o swobodzie

¹⁵ Art. 16, ust. 1: działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej.

działalności gospodarczej – w zakresie mówiącym o działalności regulowanej – się stosuje [Dercz i Rek 2012, s. 98].

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wprowadza nowe kategorie pojęciowe jako kategorie normatywne w sensie kształtowania rynku świadczeniodawców – podmiotów leczniczych. Te zmiany pojęciowe skutkują nie tylko zmianą stanu prawnego i faktycznego, ale również zmianami w podejściu do zadań i funkcji tych podmiotów. W nowej sytuacji prawnej stosowanie zamiast pojęcia świadczeniodawców/zakładów opieki zdrowotnej terminów: podmioty lecznicze i przedsiębiorstwa lecznicze obrazuje tę istotną zmianę podejścia. W poprzednim stanie prawnym (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku) świadczenia zdrowotne w Polsce mogły być udzielane w zasadzie tylko przez podmioty wskazane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Najistotniejszą zmianą jest objęcie nową regulacją wszystkich form podmiotowości, które dotyczą prowadzenia działalności leczniczej [Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 139–140]. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza więc nowy katalog definicji. Między innymi: podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przedsiębiorstwa, szpitala, osoby wykonującej zawód medyczny, podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiotu tworzącego, świadczenia zdrowotnego i świadczenia szpitalnego (art. 2 ustawy o działalności leczniczej). Zgodnie z art. 2, szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego. Ustawa określa rodzaje podmiotów mogących wykonywać działalność leczniczą, dzieląc je na podmioty lecznicze i praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek. Do pierwszej grupy, zgodnie z art. 4 tej ustawy, należą:

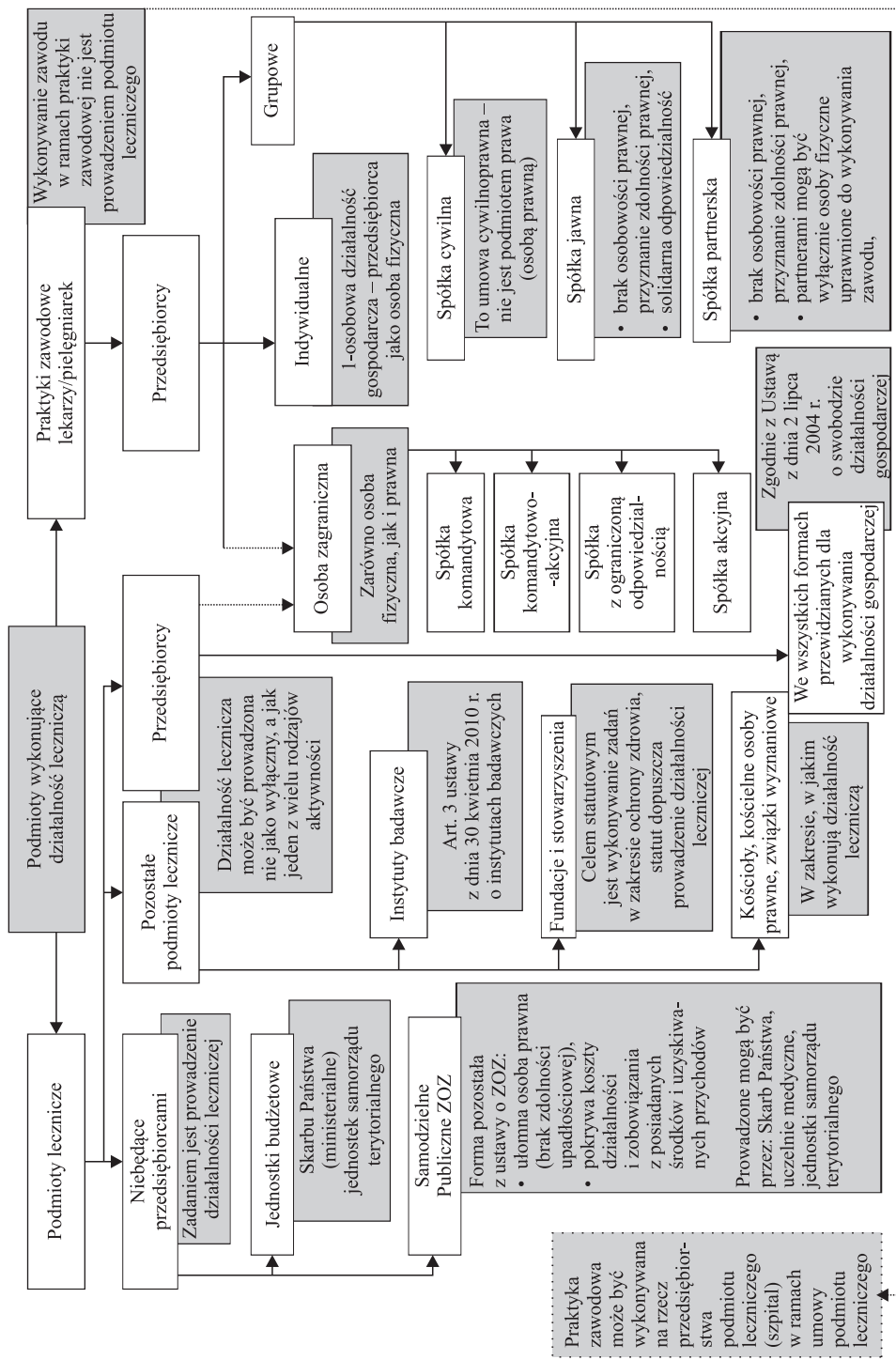
- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra sprawiedliwości lub szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Natomiast zgodnie z art. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmiotami wykonującymi działalność leczniczą mogą być lekarze lub pielęgniarki i położne wykonujący działalność w formie praktyki zawodowej¹⁶ (rysunek 2.5).

Zdaniem M. Narolskiego, ustawodawca posługuje się pojęciem podmiotu leczniczego w dwojakim znaczeniu. Po pierwsze, używa go do określenia osoby lub podmiotu odpowiedzialnego za wykreowanie i prowadzenie wydzielonej funkcjonalnie i organizacyjnie struktury, której zadaniem jest prowadzenie działalności leczniczej. Do tego ujęcia (w znaczeniu podmiotowym) sięga ustawodawca, wskazując w art. 4 ustawy o działalności leczniczej na podmioty tam wymienione jako podmioty lecznicze. W drugim ujęciu, w rozumieniu przedmiotowym, pojęcie podmiotu leczniczego odpowiada znaczeniowo pojęciu przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy o działalności leczniczej. Chodzi o przedsiębiorstwo prowadzone przez podmiot leczniczy, które powstało lub zostało wyodrębnione organizacyjnie i funkcjonalnie dla celu polegającego na prowadzeniu działalności leczniczej, która może obejmować udzielanie świadczeń zdrowotnych lub promocję zdrowia albo realizację zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, rozumianych łącznie, i każde z nich oddzielnie jako prowadzenie działalności leczniczej w myśl art. 3, ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej [Narolski 2012, s. 17–18].

Z chwilą wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, podmioty lecznicze podlegają rygorom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie podejmowania, wykonywania i zakończenia działalności gospodarczej: wpis do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym. Artykuł 43¹ kodeksu cywilnego definiuje przedsiębiorcę jako osobę fizyczną, osobę prawną i jednostkę organizacyjną, o której mowa w art. 33¹ § 1 k.c., prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową, natomiast zgodnie z art. 55¹ k.c. przedsiębiorstwo jest zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych, przeznaczonych

¹⁶ Działalność lecznicza może być wykonywana w formie: indywidualnej praktyki (lekarskiej, pielęgniarskiej), indywidualnej praktyki w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki (lekarskiej lub pielęgniarskiej), indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki prowadzonej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (indywidualna praktyka lekarska/pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem), indywidualnej specjalistycznej praktyki prowadzonej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska/pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem), spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej.



Rysunek. 2.5. Podmioty prowadzące działalność leczniczą według Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej z 2011 roku

Opracowanie własne

do prowadzenia działalności gospodarczej¹⁷. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej, zostały zakwalifikowane do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Z dniem wejścia w życie Ustawy z dnia 5 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utraciły osobowość prawną. W poprzednim stanie prawnym SPZOZ uzyskiwały osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Jednak od wejścia w życie nowej ustawy (o działalności leczniczej), ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (z dnia 30 sierpnia 1991 roku) utraciła moc prawną. Ustawodawca nie zawarł żadnej normy prawnej, która w nowej ustawie nadawałaby samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej osobowość prawną. Samodzielny zakład opieki zdrowotnej dysponuje majątkiem własnym, posiada środki finansowe i uzyskuje przychody, bierze czynny udział w obrocie gospodarczym, może swój majątek zbywać, oddawać, dzierżawić, zawierać umowy z NFZ, prowadzić działalność leczniczą. Należy więc uznać, że SPZOZ-y są podmiotem praw i obowiązków przez branie aktywnego udziału w obrocie cywilnoprawnym, a to z kolei prowadzi do konkluzji, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają zdolność sądową, jaką ustawodawca przyznaje jednostkom organizacyjnym [Fiutak 2012, s. 181]. Potwierdził to wyrok Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 12 lipca 2011 roku (IACa 569/11, OSA 2012/6/23-33), w którym uznano, że „samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej uczestniczą w obrocie cywilnym i stają się podmiotem praw i obowiązków, a zatem posiadają zdolność prawną. Są one zatem jednostkami organizacyjnymi, do których stosuje się odpowiednio przepisy o osobach prawnych (art. 331 KC), a zgodnie z art. 64 § 11 KPC posiadają zdolność sądową”.

W świetle ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma cechy charakterystyczne, wśród których należy wskazać: (1) nadany przez podmiot tworzący statut określający ustrój zakładu oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, (2) wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, (3) spełnianie wymogów dotyczących standardu pomieszczeń i urządzeń, które powinny odpowiadać określonym ustawowo specjalnym wymaganiom, (4) regulamin organizacyjny

¹⁷ Kodeks cywilny określa w tym względzie szczegółowe elementy konstruktywne pojęcia obejmujące: oznaczenie indywidualizujące przedsiębiorstwo lub jego wyodrębnione części (nazwa przedsiębiorstwa); własność nieruchomości lub ruchomości, w tym urządzeń, materiałów, towarów i wyrobów oraz inne prawa rzeczowe do nieruchomości lub ruchomości; prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości oraz prawa do korzystania z nieruchomości lub ruchomości wynikające z innych stosunków prawnych; wierzytelności, prawa z papierów wartościowych i środki pieniężne; koncesje, licencje i zezwolenia; patenty i inne prawa własności przemysłowej; majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne; tajemnice przedsiębiorstwa; księgi i dokumenty związane z prowadzeniem działalności gospodarczej [Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 144].

ustalany przez kierownika, (5) wymóg, aby świadczenia zdrowotne udzielane były w nim wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające określone wymagania zdrowotne [Dercz i Rek 2012, s. 73–74]. SPZOZ może także uzyskiwać środki finansowe (zgodnie z art. 55 ustawy o działalności leczniczej): (1) z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej; (2) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności, (3) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, (4) na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117 (między innymi realizacja zadań w zakresie promocji zdrowia i programów zdrowotnych, zakup aparatury i sprzętu medycznego, remonty, realizacje projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne), (5) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami, (6) na pokrycie ujemnego wyniku finansowego. Jak podkreślają M. Dercz i T. Rek, użyte w art. 55, ust. 1, pkt 1 sformułowanie „odpłatnej” nasuwa pewną wątpliwość interpretacyjną co do tego, do kogo jest ono adresowane: czy do pacjenta, bo to on ma za nie zapłacić, czy do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, bo to on ma za nie otrzymać zapłatę od NFZ. Z całą pewnością do tej kategorii można zaliczyć art. 12 i 13 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie cudzoziemiec niebędący osobą ubezpieczoną, wyraża chęć zakupu świadczenia, SPZOZ go udziela za odpłatnością [Dercz i Rek 2012, s. 238].

Wszelkie zmiany w zakresie organizacji i zarządzania podmiotem leczniczym są w dalszym ciągu ograniczone. Panują bowiem różne poglądy na temat tego, czy SPZOZ jest przedsiębiorcą. A. Zemke-Górecka przytacza w tym zakresie stanowiska C. Kosickiego i R. Kołodziejskiego. Zdaniem C. Kosickiego [2000, s. 15], SPZOZ ma status przedsiębiorcy, natomiast R. Kołodziejski [2003, s. 99] uważa, że gdyby celem ustawodawcy było zaliczenie publicznych ZOZ do katalogu przedsiębiorców, nie umieściłby w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, zapisu uniemożliwiającego ogłoszenie ich upadłości, który został wprowadzony po to, aby nie traktować ZOZ jako przedsiębiorców, lecz jako odrębne jednostki organizacyjno-prawne świadczące usługi bardzo szczególnego rodzaju. Autorka przychyliła się do poglądu, że SPZOZ jest przedsiębiorcą, ponieważ charakter wykonywanej przez niego działalności można traktować jako działalność gospodarczą spełniającą wymagania wskazane w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej [Zemke-Górecka 2010, s. 252]. Ten szczególny pogląd oparty jest na następujących przesłankach. Zgodnie z art. 22 Konstytucji RP, wolność działalności gospodarczej obejmuje możliwość podejmowania i prowadzenia działalności, której celem jest osiągnięcie zysku. Chodzi o działalność, która ma z założenia zarobkowy i ciągły charakter. Wolność działalności polega na możliwości podejmowania decyzji

gospodarczych. Działalność może się opierać na podejmowaniu działań faktycznych, na przykład wykonywaniu usług, ale może też polegać na wykonywaniu czynności prawnych w sposób zawodowy. Artykuł 55, ust. 1, pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazywał, że statut może przewidywać prowadzenie działalności gospodarczej. Działalnością gospodarczą jest działalność usługowa o charakterze zarobkowym, zawodowym, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Świadczenie zdrowotne ma charakter usługowy. SPZOZ trudni się nim w sposób zawodowy, wykonuje je w sposób ciągły i zorganizowany. Natomiast pojęcie zarobkowego charakteru w przypadku SPZOZ nie musi mieć na celu osiągnięcia zysku. Zgodnie z Uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1991 roku (IIICZP 117/91, OSNC 1992, nr 5, poz. 65), „Podstawową zasadą, której podporządkowana powinna być wszelka działalność gospodarcza, jest zasada racjonalnego gospodarowania nazywana w skrócie zasadą gospodarności. W myśl tej zasady maksymalny stopień realizacji celu osiąga się, postępując tak, aby przy danym nakładzie środków osiągnąć maksymalny stopień realizacji celu (tzw. zasada największego efektu), albo tak, aby przy danym stopniu realizacji celu użyć minimalnego nakładu środków (tzw. zasada najmniejszego nakładu środków czyli oszczędność środków). W praktyce oznacza to, że wszelka działalność powinna być prowadzona w sposób właściwy dobremu gospodarowaniu, a więc racjonalnie”. Poszczególne działania przedsiębiorcy – w opinii J. Okolskiego [2008, s. 54] – mogą nie przynosić zysku, ważne jest natomiast, aby suma wszystkich działań zmierzała do osiągnięcia zysku. Powyższe rozważania odnoszą się do organizacji non profit, na przykład stowarzyszeń, których podstawowym celem nie może być osiągnięcie zysków [Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 roku, art. 2, ust. 1]. Ustawodawca przewidział, że fundacje mogą prowadzić działalność gospodarczą, pod warunkiem że nie jest to ich cel samoistny, tylko służy do realizacji podstawowych celów statutowych i nie jest przeznaczony do podziału między członków [Kubiński 2008; Materna 2008, s. 76–77; Etel 2009, s. 172 i n.]. Takie stanowisko szczegółowo rozważył Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 26 kwietnia 2002 roku, IV CKN 1667/00 (OSNC 2003, nr 5, poz. 65). Stwierdził w nim, że „publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego działalność reguluje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, prowadzi działalność gospodarczą, polegającą na świadczeniu szeroko rozumianych usług zdrowotnych”. Pogląd ten został potwierdzony w kolejnej Uchwale Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2005 roku, III CZP 11/05 (Biul. SN 2005, nr 5, poz. 6)¹⁸.

¹⁸ W uchwale wskazano, że samodzielny zakład opieki zdrowotnej nie ma statusu przedsiębiorcy i nie prowadzi działalności o charakterze zarobkowym, jednak, zgodnie z art. 4791 k.p.c. określa się jako przedsiębiorców także takie podmioty, które zostały dopuszczone do prowadzenia działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów. Przepisem takim mógł być art. 8a Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Przyjęcie takiego poglądu oznacza, że zakłady opieki zdrowotnej są przedsiębiorcami, jednak nie stosuje się do nich rygorów wynikających z ustaw regulujących zasady prowadzenia działalności gospodarczej. W uchwale zwrócono

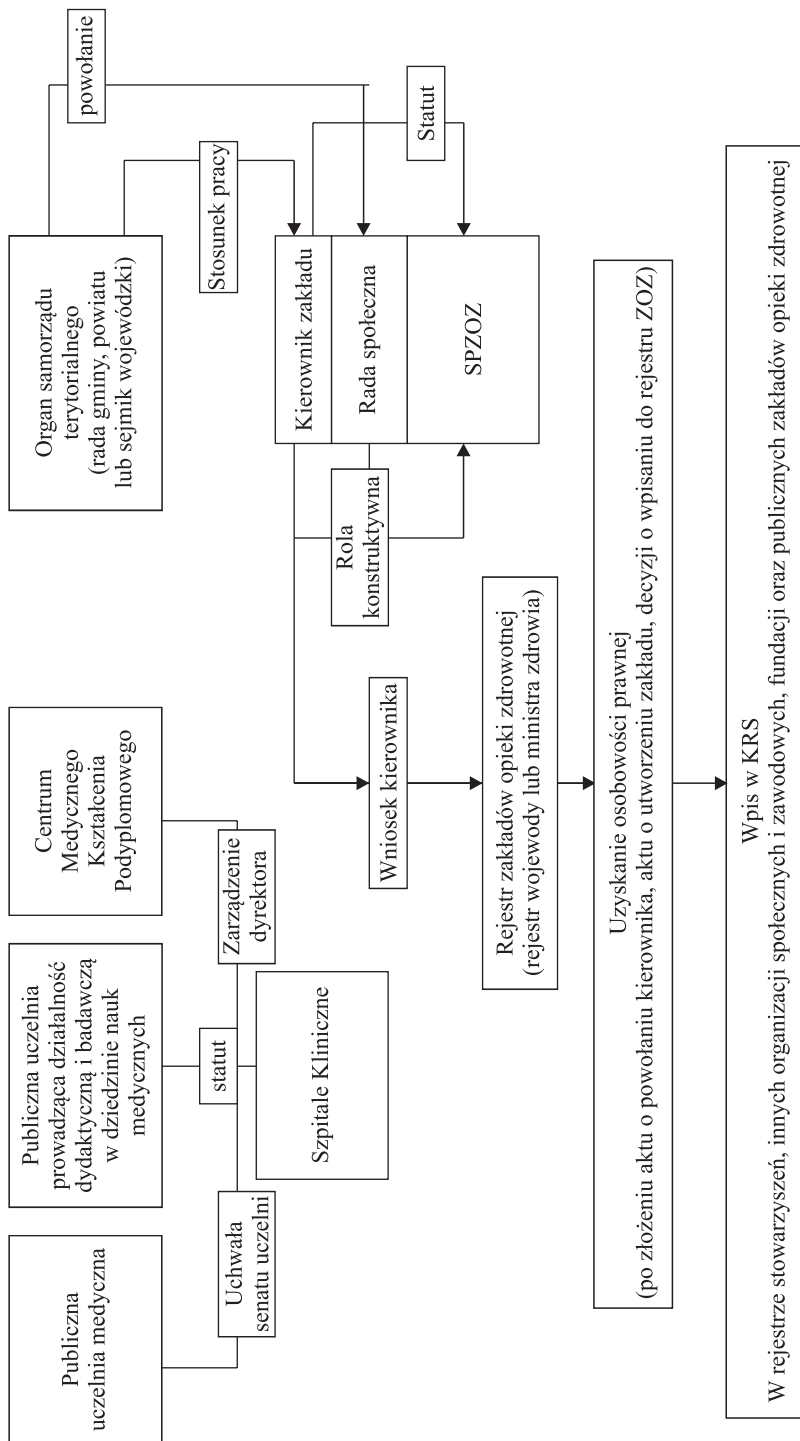
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym mającym (mimo że nie jest pewna jego osobowość prawna, to nawet jako ułomna osoba prawna): zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność sądową i procesową. Ma on prawo do zarządzania wyodrębnionym majątkiem ruchomym i nieruchomym. Uznanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za przedsiębiorcę ma bardzo istotne konsekwencje, wynikające nie tylko ze sfery podatkowej, ale także w stosunku do możliwości zarządzania zakładem. Jedynie brak odpowiedniego uregulowania prawnego powoduje, że po wyczerpaniu limitów w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia zakład nie może świadczyć usług w sposób komercyjny, albowiem nie powinien pobierać od ubezpieczonych pacjentów opłat¹⁹. Przesłanki odnoszące się do racjonalności gospodarowania często nie mają przełożenia na faktycznie działania zmierzające do racjonalnego gospodarowania. Należy tutaj zwrócić szczególną uwagę na relacje zachodzące pomiędzy samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej a organem założycielskim. M. Kachniarz [2008] zauważa, że organ założycielski w założeniu powinien wypełniać trzy funkcje względem zakładu opieki zdrowotnej: zarządczą, monitorującą i finansową. Pierwsza z nich, zwłaszcza w pierwszych latach reformy, ograniczała się do czynności inicjujących oraz finalizujących (rysunki 2.6 i 2.7).

Z kolei funkcja monitorująca to przedstawienie sprawozdań z prowadzonej działalności przed organem stanowiącym jednostki samorządu terytorialnego, kontrola kompleksowych działalności zakładu lub dotyczących poszczególnych sfer określona w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego²⁰

uwagę na art. 431 k.c., który nie zawiera wymogu prowadzenia działalności gospodarczej w celu zarobkowym. Sąd uznał, że działalnością gospodarczą jest również działalność, która oprócz profesjonalnego charakteru, powtarzalności działań, działania we własnym imieniu i uczestnictwa w obrocie, podporządkowana jest regułom racjonalnego działania, zastępującym kryterium zarobku. Sąd uznał, że wprawdzie motywem zakładów nie jest osiągnięcie zysków, ale zaspokajają one potrzeby ludności w dziedzinie zdrowia, a ich działalność odbywa się według założeń rachunku ekonomicznego. Sąd wskazał, że samodzielny zakład opieki zdrowotnej, zawierając umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, otrzymuje zapłatę za wykonane usługi. Zakłady ponadto zawierają umowy cywilnoprawne z innymi przedsiębiorcami na wykonanie świadczeń zdrowotnych. W opinii Sądu są to przesłanki, aby uznać, że działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzona jest według zasad racjonalnego gospodarowania, co jest wystarczającym kryterium, aby uznać ją za działalność gospodarczą (szerzej komentarz do uchwały Sądu zamieszczony na portalu prawo.money.pl [dostęp: 5.11.2012], oraz [Dercz i Rek 2010, s. 230–231].

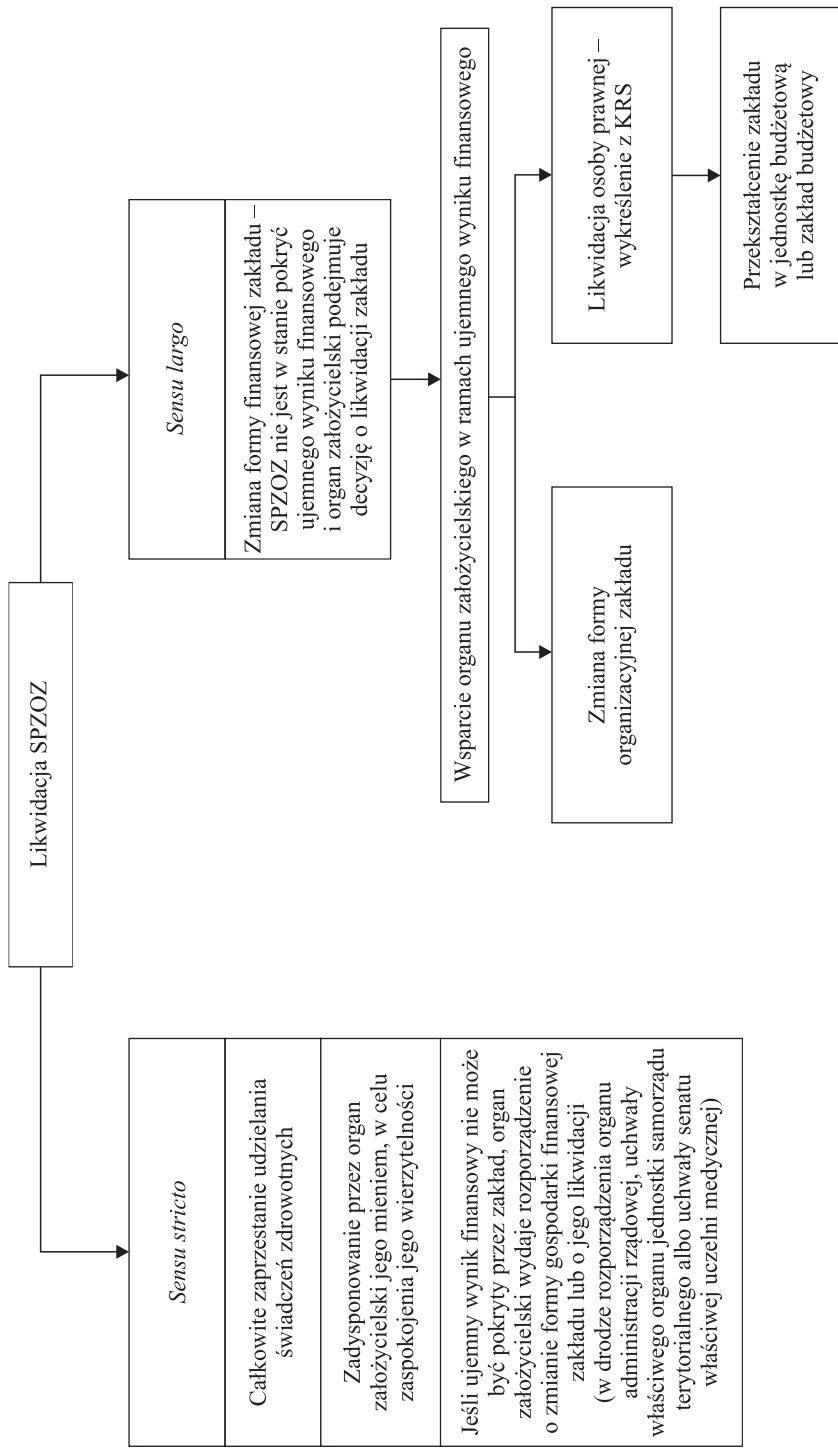
¹⁹ Należy zwrócić uwagę na Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2000 roku w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

²⁰ Obecnie zagadnienia kontroli i nadzoru są regulowane przepisami art. 1, pkt 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.



Rysunek 2.6. Tworzenie zakładów opieki zdrowotnej

Opracowanie własne



Rysunek 2.7. Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Źródło: opracowano na podstawie: Zemke-Górecka 2010, s. 79.

(gospodarki finansowej, zarządzania mieniem, zamówień publicznych itp.). Trzecim filarem nadzoru i monitoringu jest rada społeczna, przy czym rada społeczna nie ma kompetencji stanowiących, a jedynie opiniotwórcze. Konieczność wyrażania opinii przez radę społeczną wydłużała często procedurę sprawnego zarządzania mieniem [Kachniarz 2008, s. 46–52].

Niezwykle ważną funkcją wykonywaną przez organ założycielski jest funkcja finansowa. Zgodnie z art. 54 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, samodzielny zakład mógł uzyskiwać środki finansowe – nie tylko od organu założycielskiego, ale także od ministra zdrowia i innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów – na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych. Organ założycielski formalnie także ponosił odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy, którego zakład nie jest w stanie pokryć. Dopiero formalnie stwierdzony wynik finansowy i ustalenie, że dany zakład nie posiada środków na jego pokrycie, jest podstawą do działań odnoszących się do jego dalszego funkcjonowania, podejmowanych przez organ założycielski²¹. Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 22 stycznia 2004 roku (VCK 160/03, LEX, nr 182114), gdy ujemny wynik finansowy samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej nie może być pokryty przez sam zakład, organ założycielski wydaje rozporządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji²². Wyrok SN z 20 lutego 2000 roku (I CK 308/03, LEX 176090) wskazuje, że podjęcie decyzji o likwidacji zakładu lub zmianie formy gospodarki finansowej poprzedzać musi analiza przyczyn powstania ujemnego wyniku oraz możliwości podjęcia skutecznych działań naprawczych w gospodarce samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, które pozwoliłyby mu ewentualnie na samodzielne pokrycie deficytu. Wskazanie powyższych funkcji, jakie ma realizować organ założycielski w stosunku do samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, wyraźnie wskazuje współzarządzanie i współodpowiedzialność za działalność zakładu. Organ założycielski, wykonując swoje funkcje, ma reprezentanta, który na podstawie stosunku pracy wykonuje działania zarządcze.

²¹ Art. 50–62 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazują, że zakład samodzielnie pokrywa ujemny wynik finansowy, przy czym taki wynik nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeśli jest ona uzasadniona celami i zadaniami, do których realizacji zakład został utworzony.

²² A. Zemke-Górecka wskazuje, że obowiązek taki nie może być odczytywany jako obowiązek powstający automatycznie z chwilą wystąpienia czy nawet utrzymania się od pewnego czasu wyniku ujemnego, lecz jako powinność stwierdzenia że zakład nie jest w stanie pokryć samodzielnie ujemnego wyniku. W wyroku SN z dnia 11 sierpnia 2005 roku (V CK 69/05, GP 2005, nr 157, s. 17) wskazano, że zarzut stawiany organowi założycielskiemu szpitala, że nie podjął działań zmierzających do uzdrowienia sytuacji finansowej, nie może być skuteczny, jeśli działania takie rozpoczęto, ale nie przyniosły one spodziewanego rezultatu, bo było za mało czasu [Zemke-Górecka 2010 rok, s. 79].

Zgodnie z art. 59 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. W przypadku niemożności pokrycia ujemnego wyniku, organ założycielski w ciągu 12 miesięcy powinien pokryć ujemny wynik finansowy, a w przypadku niepokrycia podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji (tematyka przekształceń oraz likwidacji zostanie szerzej omówiona w rozdziale 3). Ustawodawca w sposób jasny nakreśla możliwości, jakie stoją przed organem założycielskim w przypadku ujemnego wyniku finansowego podmiotu leczniczego, natomiast nie do końca omówione zostają dwie inne sytuacje czy w przypadku braku przymusu ekonomicznego jednostka samorządu terytorialnego podjęłaby samodzielnie decyzje o przekształceniu oraz co, gdy mimo ujemnego wyniku decyzja o zamianie formy organizacyjno-prawnej nie nastąpiłaby. Zdaniem M. Dercza i T. Reka, podmioty, które w takiej sytuacji nie decydują się na zmiany, godzą się na dalsze zadłużanie swoich jednostek i świadomie działają na szkodę wierzycieli samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Autorzy podkreślają, że brak decyzji organu założycielskiego w przypadku permanentnego osiągnięcia przez SPZOZ ujemnego wyniku może zostać potraktowany jako działanie bezprawne, z wszelkimi tego konsekwencjami [Dercz i Rek 2012, s. 238–239]. Tak naprawdę nie jest jednoznacznie określone, kto i w jaki sposób poniósłby odpowiedzialność za wynikłe szkody. Jest to zagadnienie dosyć trudne z tego powodu, że w dalszym ciągu nie widać chęci ustawodawcy do poprawy zarządzania zakładem.

Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej przewiduje ponadto, że każda osoba zagraniczna (zarówno osoba fizyczna, jak i prawna) ma prawo podjęcia i wykonywania na terytorium Polski działalności gospodarczej, o ile umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej. Artykuł 13, ust. 3 Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej ogranicza jedynie formę prowadzenia tego rodzaju działalności przez osoby zagraniczne inne niż wymienione w art. 13, ust. 1–2a tej ustawy, przewidując, że może ona być prowadzona wyłącznie w formie spółki komandytowej, spółki komandytowo-akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej [Narolski 2012, s. 17–18].

2.5. Uprawnienia kierownika podmiotu leczniczego w świetle uregulowań prawnych

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w art. 46 wskazuje wyraźnie, że za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą odpowiada kierownik. Powinien on mieć wyższe wykształcenie, wiedzę i doświadczenie dające rekojmii prawidłowego wykonania obowiązków kierownika, co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone

studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy, nie może być prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione umyślnie²³.

Status prawny pracowników samorządowych, czyli również kierowników samorządowych SPZOZ, określa Ustawa z dnia 21 listopada 2008 roku o pracownikach samorządowych. Obowiązki są wykonywane na podstawie aktu powołania i umowy o pracę (tabela 2.6). W związku z tym powołanie i odwołanie kierownika SPZOZ jest dokonywane przez podmiot wskazany w ustawie samorządowej²⁴.

Tabela 2.6. Formy zatrudnienia kierownika zakładu opieki zdrowotnej

Powołanie	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Najdogodniejsza forma dla organu założycielskiego – wiąże się z zasadą natychmiastowej i bezwzględnej odwoływalności. ▪ Obowiązuje zasada swobodnego uznania, wyrażając wolę dalszej współpracy lub jej brak. ▪ Nie ma konieczności przeprowadzenia konkursu w celu wyłonienia kierownika. ▪ Powołanie jest aktem jednostronnym: nawiązuje stosunek pracy oraz nadaje osobie powołanej stanowisko w ramach układu organizacyjnego osoby prawnej. ▪ Ani przepisy prawa pracy, ani przepisy prawa cywilnego nie przewidują ochrony stosunku pracy nawiązanego na podstawie powołania. ▪ Akt odwołania nie podlega zaskarżeniu do sądu administracyjnego, ponieważ nie stanowi decyzji administracyjnej w rozumieniu art. 104 kodeksu postępowania administracyjnego. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kierownik korzysta z ochrony stosunku pracy, jaką przewiduje kodeks pracy. ▪ Organ założycielski może wykorzystać zasadę swobodnego uznania w celu wygaszenia stosunku pracy. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umowa cywilnoprawna jest instrumentem elastycznym, w którym strony mają prawie nieograniczoną swobodę w ukształtowaniu wzajemnych relacji, zależności pomiędzy zakresem obowiązków i osiągnięciem pożądanego rezultatu. ▪ Brak wskazań w umowie konkretnych celów, jakie ma osiągnąć zarządca, brak wynikowych obowiązków oznacza, że umowa nie zapewnia podniesienia efektywności zakładu opieki zdrowotnej. ▪ Umowa cywilnoprawna nienazwana, w której strony korzystają z szerokiej autonomii kształtowania jej treści.

Źródło: Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej; Zemke-Górecka 2010; Dercz i Rek 2010.

²³ Odpowiedzialność za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej powierzono kierownikowi zakładu (już w art. 44 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku), nie dając mu jednak pełnych uprawnień, jakie mogłyby wynikać z zajmowanego stanowiska.

²⁴ Zgodnie z przepisem art. 32 ust. 2, pkt 5 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym do zadań zarządu powiatu należy między innymi zatrudnianie i zwalnianie kierowników jednostek organizacyjnych powiatu.

Podmiot, który utworzył zakład, ma ponadto obowiązek ustalenia wynagrodzeń kierowników SPZOZ, zgodnie z Ustawą z dnia 3 marca 2000 roku o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi. Wynagrodzenie to nie powinno być większe niż czterokrotne przeciętne wynagrodzenie miesięczne w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty wynagrodzenia z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego ogłoszonego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Zadania kierownika zakładu jako przedstawiciela organu założycielskiego są określone regulacjami prawnymi. Za współzarządzanie odpowiada bowiem organ założycielski, a kierownik zakładu, zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – reprezentuje go na zewnątrz. Organ założycielski został wyposażony w uprawnienia do powołania rady społecznej, która jest zarówno organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, jak i organem doradczym kierownika zakładu. Jak podkreślają M. Dercz i T. Rek [2010, s. 300], rada społeczna jest specyficznym ciałem, występującym w polskim systemie prawnym tylko w przypadku zakładów publicznych. Cechą odróżniającą radę społeczną od innych tego typu ciał kolegialnych jest zakaz, zgodnie z którym pracownicy publicznych ZOZ nie mogą być jej członkami. Założeniem ustawodawcy była aktywność rady społecznej skierowana na zwiększenie społecznej kontroli procesu wykonywania świadczeń zdrowotnych w jednostkach publicznych, przy czym rada społeczna publicznego ZOZ nie ma wobec kierownika zakładu kompetencji władczych. Zadania kierownika SPZOZ i rady społecznej przedstawiono w tabelach 2.7 i 2.8, kompetencje zaś rady społecznej zaprezentowano w tabeli 2.9.

Z analizy zadań zawartych w tabeli 2.7 wynika, że kierownik zarządza zakładem poprzez prawidłowe realizowanie czynności określonych w aktach prawnych, po zasięgnięciu opinii rady społecznej i w wielu wypadkach akceptacji organu założycielskiego. Odpowiedzialność za zarządzanie spoczywa, zgodnie z intencją ustawodawcy, na kierowniku (art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Znamienne jest, że ustawodawca używa określenia *zarządzanie*, a nie *kierowanie* czy *administrowanie*, choć pełnej swobody w zarządzaniu przecież kierownik podmiotów niebędących przedsiębiorcami nie otrzymuje. W takim kontekście nasuwa się pytanie, jakie kwalifikacje i umiejętności są niezbędne do kierowania zakładem.

Ustawa o działalności leczniczej w art. 46 przedstawia niezbędne kwalifikacje, jakie powinien posiadać kierownik zakładu²⁵. Znamienne jest, że od osoby zarządzającej zakładem opieki zdrowotnej w przypadku pięcioletniego stażu pracy²⁶

²⁵ Pojęcie „kierownik” jest terminem ustawowym, natomiast stanowisko to nazywa się „dyrektorem” zakładu.

²⁶ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r., par. 1, kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej może być wyłącznie osoba mająca wyższe wykształcenie i co najmniej

Tabela 2.7. Zadania kierownika zakładu SPZOZ na podstawie ustaw o zakładach opieki zdrowotnej

Zadania kierownika SPZOZ na podstawie Ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (u.z.o.z.)	Zadania kierownika SPZOZ na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ustalenie regulaminu porządkowego – art. 18a, ust. 3, u.z.o.z., przy czym regulamin jest zatwierdzany przez radę społeczną – art. 46, ust. 4, u.z.o.z. ■ Ustalenie polityki personalnej – art. 10, ust. 1–5, u.z.o.z. – przy czym w obowiązującej u.z.o.z. brak unormowania o osobistej odpowiedzialności kierownika ZOZ za kwalifikacje osób wykonujących świadczenia zdrowotne, lecz z przepisu art. 44, ust. 2 (kierownik zakładu jest przełożonym pracowników zakładu) i art. 10 u.z.o.z. wynika dyspozycja odnosząca się do obowiązków kierownika w zakresie dbałości o fachowe przygotowanie personelu medycznego (minister zdrowia w drodze rozporządzeń określa minimalne kwalifikacje personelu medycznego na poszczególnych stanowiskach, określa wymagania, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych; minister zdrowia po zasięgnięciu opinii organów samorządów zawodów medycznych określa sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładzie opieki zdrowotnej). ■ Kierownik SPZOZ w ramach stosunku pracy wykonuje obowiązki pracodawcy [Kubot 2001, s. 122]: <ul style="list-style-type: none"> ○ nawiązuje stosunek pracy i ustala regulamin wynagradzania, ○ podpisuje układ zbiorowy, ○ zaznajamia pracowników z zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania ich pracy, podstawowymi uprawnieniami, organizuje pracę przy wykorzystaniu kwalifikacji pracowników, ○ zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pracy, prowadzi szkolenia w zakresie BHP, ○ terminowo wypłaca wynagrodzenia i ulatwia pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych. ■ Kierownik jako pracodawca wynagradza pracowników [Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 roku]. ■ Kierownik SPZOZ zarządza finansami zakładu – w trakcie zarządzania powinien brać pod uwagę w szczególności przepisy ustawy o rachunkowości, prawo zamówień publicznych oraz ustawę o finansach publicznych. ■ Kierownik zakładu jest adresatem skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Odpowiedzialność za zarządzenie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik (art. 46, ust. 1). ■ Kierownik podmiotu leczniczego ustala regulamin ■ Zadania przykładowe uregulowane w regulaminie podmiotu leczniczego: <ul style="list-style-type: none"> ○ kierowanie pracą podległego personelu i podejmowanie decyzji dotyczących mienia w zakresie zwykłego zarządu, ○ nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, ○ reprezentowanie w stosunkach zewnętrznych i wewnętrznych, ○ podejmowanie decyzji w sprawach związanych z nawiązywaniem, zmianą i rozwiązywaniem umów o pracę, a także przyznawaniem nagród i premii, ○ kontrolowanie przestrzegania przez pracowników przepisów BHP i przeciwpożarowych, ○ przyjmowanie skarg i zażaleń oraz prowadzenie korespondencji z nimi związanej, ○ realizowanie polityki finansowej zakładu, opracowywanie planów finansowych i inwestycyjnych oraz nadzór nad ich realizacją, ○ wydawanie zażeń wewnętrznych regulujących bieżącą działalność, ○ nadzór nad jakością udzielania świadczeń medycznych, ○ zatwierdzanie harmonogramów pracy pracowników oraz działanie na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników, ○ nadzór nad gospodarką lekową i nad utrzymaniem urządzeń, sprzętu, aparatury medycznej i zajmowanych pomieszczeń w należytym stanie technicznym, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ○ dbanie o udzielanie świadczeń medycznych wyłącznie przez personel o odpowiednim stanie zdrowia i niezbędnych kwalifikacjach, ○ bezpośredni nadzór merytoryczny nad działalnością pracowników medycznych oraz dbanie o podnoszenie kwalifikacji fachowych przez pracowników medycznych poprzez organizowanie szkoleń wewnętrznych [Regulamin wewnętrzny SPZOZ w Brzozowie]. ■ Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. Kierownik ustala minimalne normy zatrudnienia po zasięgnięciu opinii kierujących, jednostkami lub komórkami organizacyjnymi, przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i związków zawodowych pielęgniarek i położnych, (art. 50).

Źródło: Górecka 2010; Dercz i Rek 2010, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej; Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej.

Tabela 2.8. Zadania rady społecznej na podstawie ustaw o zakładach opieki zdrowotnej i o działalności leczniczej

Zadania rady społecznej na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej	Zadania rady społecznej na podstawie ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej
<p>Zadania rady społecznej, zgodnie z art. 48:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Przedstawienie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach (art. 48, ust. 1): <ul style="list-style-type: none"> ○ zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, ○ związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności, ○ przyznawania kierownikowi nagród, ○ rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem, ○ regulaminu organizacyjnego. ▪ Przedstawienie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach (art. 48, ust. 2): <ul style="list-style-type: none"> ○ planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego, ○ rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego, ○ kredytów bankowych lub dotacji, ○ podziału zysku. ▪ Dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu (art. 48, ust. 3). ▪ Opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej (art. 48, ust. 4). ▪ Wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie (art. 48, ust. 5). 	<p>Zadania rady społecznej zgodnie, z art. 46 ustawy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Przedstawienie podmiotowi, który utworzył SPZOZ, wniosków i opinii w sprawach: <ul style="list-style-type: none"> ○ zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne, ○ zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, ○ związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności, ○ przyznawaniem kierownikowi zakładu nagród, ○ rozwiązaniem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej o zarządzanie SPZOZ z kierownikiem zakładu, ▪ Przedstawienie kierownikowi SPZOZ wniosków i opinii w sprawach: <ul style="list-style-type: none"> ○ planu finansowego i inwestycyjnego, ○ rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego, ○ kredytów bankowych lub dotacji, ○ podziału zysku, ▪ Uchwalenie regulaminu swojej działalności oraz przedkładanie regulaminu do zatwierdzenia podmiotowi, który utworzył zakład, ▪ Zatwierdzenie regulaminu porządkowego SPZOZ, ▪ Dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, ▪ Wydanie opinii kierownikowi zakładu w przypadku czasowego zaprzestania działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych, ▪ Wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Źródło: Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej; Zemke-Górecka 2010; Derec i Rek 2010; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Tabela 2.9. Kompetencje rady społecznej na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Kompetencje władcze	Kompetencje niewładcze		
	uprawnienia inicjujące i opiniodawcze do organu założycielskiego	uprawnienia inicjujące i opiniodawcze do kierownika zakładu	inne niewładcze
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uchwalenie statutu zakładu. ▪ Zatwierdzenie regulaminu porządkowego określającego organizację i porządek procesu udzielania świadczenia. 	<p>Uchwały w sprawach:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zmiany lub rozwiązania umowy o udzielanie publicznego zamówienia na świadczenie zdrowotne, ▪ zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, ▪ związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności, ▪ przyznania kierownikowi zakładu nagród, ▪ rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. 	<p>Opinie dotyczące:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ planu finansowego i inwestycyjnego, ▪ rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego, ▪ kredytów bankowych lub dotacji, ▪ podziału zysku. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uchwalanie regulaminu swojej działalności, ▪ Okresowa analiza skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu (z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu).

Źródło: opracowano na podstawie: Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Zemke-Górecka 2010; Dercz i Rek 2010.

nie wymaga się kształcenia kierunkowego w dziedzinie zarządzania. Ustawodawca założył, że powyższy staż będzie wystarczający dla osoby, której organ założycielski powierzy tę funkcję. Nie wzięto pod uwagę, że kierownikami zostają bardzo często osoby z personelu medycznego: lekarze i pielęgniarki. W trakcie kształcenia personelu pielęgniarskiego na studiach czy podczas specjalizacji pojawiają się zagadnienia z zakresu zarządzania (w ramach bloku ogólnozawodowego, około 60 godzin – co także może być uznane za niewystarczające), ale w trakcie kształcenia lekarzy nie ma treści związanych z zarządzaniem.

sześcioletni staż pracy w zawodzie lub mająca wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe w kierunku zarządzanie w służbie zdrowia i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie bądź mająca wyższe wykształcenie i szkolenie zagraniczne i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie. Par. 3–9 ww. rozporządzenia precyzują szczegółowo kwalifikacje kierowników: przychodni, przychodni stomatologicznej, ośrodka zdrowia, pracowni diagnostycznych, zakładu rehabilitacji leczniczej, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, zakładu świadczącego usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakładu opiekuńczo-leczniczego, leczniczo-wychowawczego, żłobka. Natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w art. 46 skróciła ten okres do pięciu lat

Można więc domniemać, że osoba na stanowisku kierowniczym, mając (jeśli jest to weryfikowalne) określone umiejętności do pracy z zespołem oraz predyspozycje, dopiero na danym stanowisku zdobędzie wiedzę z zakresu zarządzania (np. zagadnienia związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, finansami, marketingiem, jakością, prawem, ekonomiką zdrowia itp.), natomiast w przypadku kierowników średniego szczebla nie jest wymagane kształcenie w kierunku zarządzania. M. Dercz i T. Rek wskazują, że nowa ustawa o działalności leczniczej miała uzdrowić złe zarządzanie (przy założeniu, że zarządzaniem nie będą się zajmowały osoby z klucza politycznego czy specjaliści z branż wszelakich, ale wykwalifikowani menedżerowie ochrony zdrowia). Nie ma jednak wymogu, aby zarządy spółek czy osoby zarządzające podmiotami leczniczymi, miały jakiegokolwiek, nawet minimalne profesjonalne kwalifikacje w dziedzinie, w której mają działać. Autorzy, konkludując, wysuwają wniosek, że zamiast oczekiwanego podniesienia profesjonalnej jakości zarządzania będzie ona obniżana [Dercz i Rek 2012, s. 16].

W świetle przepisów warto zauważyć, że za zarządzanie odpowiedzialny jest kierownik podmiotu (jako przedstawiciel organu założycielskiego), a rolę współzarządcy odgrywa organ założycielski czy też rada społeczna. Do współzarządzania w pewnej mierze przyczynia się także rada społeczna. Wskazuje na to wyraźnie art. 48 ustawy o działalności leczniczej. Rada społeczna jest specyficznym ciałem występującym w polskim systemie prawnym tylko w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Cechą odróżniającą radę²⁷ od innych ciał kolegialnych jest zakaz, zgodnie z którym pracownicy tych podmiotów nie mogą być jej członkami. Rada społeczna odgrywa podwójną rolę: jest jednocześnie organem inicjującym i opiniotwórczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym kierownika [Dercz i Rek 2012, s. 207]. M. Dercz jednoznacznie krytykuje funkcjonowanie tego wewnętrznego organu, ze względu na postawione przed nim zadania i oczekiwania. Rada społeczna, nie uczestnicząc bezpośrednio w procesie zarządzania, swoim działaniem wydłuża tylko procedury podejmowania decyzji, a jednoznacznie rozprasza odpowiedzialność. Obecny skład rady społecznej nie jest reprezentatywny ani w stosunku do pracowników zakładu, ani w stosunku do świadczeniodawców, a katalog zadań to pomieszczenie kwestii ekonomicznych ze sprawami kadrowymi oraz medycznymi [Dercz 2003]. Należałoby w takim razie przyjrzeć się także kompetencjom

²⁷ W przepisach ustawy o działalności leczniczej wskazano, że rada społeczna musi być powołana w każdym podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, z wyłączeniem wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych, regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, podmiotów leczniczych tworzonych przez pracodawcę w celu ochrony pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę nad pracującymi [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, art. 48].

i kwalifikacjom osób podejmujących decyzje o zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej w ramach rady społecznej oraz organu założycielskiego – co wydaje się w tej sytuacji kluczowe²⁸.

W nowej ustawie o działalności leczniczej z 2011 roku, art. 49 wskazuje konieczność przeprowadzenia konkursu na stanowiska kierownika i zastępcy kierownika (jeśli kierownik nie jest lekarzem), ordynatora, naczelnego pielęgniarki, pielęgniarki oddziałowej. Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na stanowiska ordynatora, naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarki i pielęgniarki oddziałowej – kierownik podmiotu leczniczego. Jeżeli do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata lub z kandydatem nie nawiązano stosunku pracy bądź nie zawarto umowy cywilnoprawnej, podmiot tworzący lub kierownik ogłasza nowy konkurs w ciągu 30 dni od daty postępowania w poprzednim konkursie. Jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany, odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik nawiązuje stosunek pracy z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej. Stosunek pracy z kandydatem wybranym na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego nawiązuje się na okres sześciu lat. Okres ten może zostać przedłużony do ośmiu lat, jeżeli do wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata. Istotnym nowym zapisem jest art. 47 ustawy o działalności leczniczej, dzięki któremu kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, z którym podmiot tworzący nawiązał stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawarł umowę cywilnoprawną, wykonujący zawód medyczny, może

²⁸ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku podkreślała, że organ założycielski sprawujący nadzór w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia (art. 67, ust. 3), Jak piszą M. Dercz i T. Rek [2010, s. 380], rodzi to poważne wątpliwości interpretacyjne, ponieważ podmioty sprawujące nadzór nie są ustawowo uprawnione do dokonywania wiążących ustaleń określających, czy dana decyzja narusza prawo. Mimo nieumieszczenia w ustawie przepisów dotyczących trybu odwoławczego, istnieje możliwość odwołania się zakładu do organu uchwałodawczego danej jednostki samorządu terytorialnego, a także zaskarżenia decyzji do NSA. Podkreślenia wymaga ponadto, że podmiot, który utworzył zakład, w przypadku naruszenia przez kierownika wykonania obowiązku, o którym mowa w art. 53a (przekazanie kwoty określonej przez ustawodawcę na wzrost wynagrodzeń, w przypadku gdy wzrosła kwota zobowiązania NFZ wobec SPZOZ), może bez wypowiedzenia rozwiązać z kierownikiem umowę o pracę albo rozwiązać umowę cywilnoprawną, albo odwołać kierownika. Warto zauważyć, że w przypadku kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej często odstępowano się od ogólnej zasady powoływania kierownika w drodze konkursu. Jak piszą M. Dercz i T. Rek [2010, s. 290], należy pamiętać, że jako zakład pracy ZOZ jest pracodawcą dla kierownika, jednak osobą, która występuje w stosunkach umownych w imieniu ZOZ wobec kierownika jest każdorazowo podmiot reprezentujący „organ założycielski”. Z przepisów ustrojowych odnoszących się do konkretnych „organów założycielskich” wynika legitymacja formalnoprawna do wypełnienia funkcji „pracodawcy”.

udzielać świadczeń zdrowotnych, jeżeli zawarta z nim umowa przewiduje taką możliwość²⁹.

W.C. Włodarczyk stwierdza, że rezultaty osiągnięte w procesie reformowania opieki zdrowotnej były bardzo bogate. Uchwalono nie tylko ustawy, które mogą być fundamentem zreformowanego systemu, ale także akty prawne prowadzące do wypracowania nowej jakości. Jednak mimo efektów ilościowych w pracach reformatorskich (twórczej aktywności grup reformatorskich), jakość osiągniętych prac może budzić wątpliwości. Ustawy zawierają błędy, co może być spowodowane naturalnymi przeszkodami w procesie reformatorskim, a więc nastawieniem środowiska medycznego, społeczeństwa oraz warunków prowadzenia polityki zdrowotnej [Włodarczyk 1998, s. 361 i n.].

Zarówno obecna ustawa o działalności leczniczej, jak i poprzednia o zakładach opieki zdrowotnej powodują, że możliwości swobodnego zarządzania podmiotem leczniczym przez kierownika są w dużej mierze ograniczone. Współrzędzenie i współodpowiedzialność w wielu obszarach dzielona jest między kierownika a organ założycielski z radą społeczną jako organem inicjującym i opiniodawczym. Obecne regulacje nie skłaniają dyrektorów do wprowadzenia na szerszą skalę nowych metod zarządzania – na przykład marketingowego zarządzania jakością, bo mimo że jest to możliwe, menedżerowie bez kompetencji i przekonania innych organów będą się zawsze odwoływać do podstaw prawnych, które w szczególności krepują działania kierownika. Ustawa o działalności leczniczej w sposób wyraźny wyodrębnia wytyczne kierowane do podmiotów niebędących przedsiębiorcami i tych, które mają status przedsiębiorcy. Taki zabieg wydaje się niezrozumiały ze względu na to, że przecież pacjent powinien otrzymać usługę wysokiej jakości w każdym zakładzie, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej. Tymczasem ustawodawca wskazuje na przykład, że podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek (art. 50 ustawy o działalności leczniczej), odnosząc ten artykuł do art. 40 występującego w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Przepis ten nakłada na kierownika podmiotu leczniczego obowiązek zatrudnienia pracowników mających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska, przestrzegając norm zatrudnienia. Ten sam artykuł nie odnosi się jednak do podmiotów mających status przedsiębiorcy. Oczywiście, świadczeń w takim podmiocie mogą udzielać osoby mające

²⁹ M. Dercz i T. Rek [2010, s. 290] zwracają również uwagę, że do 2011 roku dość powszechnie stosowano praktykę dodatkowego zatrudnienia kierowników zakładów opieki zdrowotnej (w przypadku gdy kierownikiem jest lekarz lub pielęgniarka wykonujący w ramach zakładu świadczenia zdrowotne). Należy jednak pamiętać, że zgodnie z art. 44 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, kierownik zakładu jest przełożonym pracowników tego zakładu. Istnieje zatem pomiędzy zakładem a jego kierownikiem dodatkowy stosunek pracy, którego przedmiotem jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Prowadzi to do sytuacji, że ta sama osoba występuje jednocześnie w roli swojego przełożonego i podwładnego. W takim stanie rzeczy może dojść do konfliktu na szkodę zakładu.

prawo wykonywania zawodu, ale takiego pracodawcy nie obowiązują przepisy dotyczące dbałości o podwyższanie posiadanych kwalifikacji.

Istotny jest jeszcze jeden aspekt związany z kierowaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą kierownik podmiotu może występować w roli: osoby zarządzającej oraz usługodawcy – wykonawcy (wówczas gdy kierownikiem jest lekarz lub pielęgniarka/położna). Natomiast, jak podkreśla K. Rogoziński, w przypadku praktyki zawodowej pielęgniarek czy lekarzy kierownik występowałby z poczwórnej roli, jako: (1) przedsiębiorca, (2) usługodawca – wykonawca, (3) marketer, (4) menedżer zarządzający personelem zestrojonym z cyklem obsługi usługobiorcy [Rogoziński 2012, s. 23]. Zasygnalizowany w tym miejscu pracy problem, niezwykle istotny z punktu widzenia zarządzania podmiotem, zostanie szerzej omówiony w rozdziale piątym.

Podsumowanie

1. Poczynając od okresu międzywojennego, konstrukcja opieki zdrowotnej w Polsce zmieniła się. Ze względów ekonomicznych, ustrojowych i finansowych nie sprawdziła się rola państwa opiekuńczego, będącego gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zapewniającego nieograniczony dostęp do usług medycznych.
2. Mimo stałego niedofinansowania, służbę zdrowia cechowały rozrzutność i marnotrawstwo środków. Szczególnie realizacja zadań inwestycyjnych odbywała się kosztem braku środków finansowych na zapewnienie bieżącej działalności już istniejących placówek. Podział środków budżetowych, mający często charakter historyczny, nie odpowiadał rzeczywistemu zapotrzebowaniu.
3. Prace reformatorskie zmierzały do przygotowania nowego modelu organizacji ochrony zdrowia. Zakładały wprowadzenie ubezpieczeniowego sposobu finansowania opieki zdrowotnej, dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zmianę formuły zarządzania, w tym decentralizację podstawowej opieki zdrowotnej, racjonalizację wydatków. Powyższe założenia zrealizowano jedynie częściowo. Wprowadzone mechanizmy ujawniły dysproporcje między ówczesnymi kasami chorych a alokacją zasobów, które nie opierały się na realnej analizie potrzeb zdrowotnych.
4. Samodzielność publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie dawała spodziewanych efektów zarządzania w zakresie samodzielności organizacyjnej, finansowej i majątkowej. Brakowało skutecznych mechanizmów zarządzania i właściwego nadzoru właścicielskiego, co sprzyjało generowaniu długów, przy braku efektywności ekonomicznej.

5. Obecny system ubezpieczeniowy w Polsce nie spełnia oczekiwań społecznych. Składka nie jest dobrowolna, ma charakter powszechny i jest obowiązkowa, natomiast osoby ubezpieczone nie mają wpływu na zakres otrzymanych świadczeń.
6. Reaktywacja w Polsce w 1990 roku instytucji samorządu terytorialnego stanowiła doniosły akt o charakterze politycznym, społecznym i ekonomicznym. Jednostki samorządu terytorialnego stały się podmiotami, które utworzyły zakłady (nie zakładały) z szeregiem zadań: organizacyjno-personalnych, majątkowo-finansowych oraz kontrolno-nadzorczych. Brak właściwego przygotowania do ich wykonywania oraz brak nadzoru nad całością systemu powoduje trudność w prowadzeniu racjonalnej polityki zdrowotnej.
7. Brak jednoznacznych uregulowań spowodował rozmycie odpowiedzialności pomiędzy administrację rządową, samorządową oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.
8. Brak odpowiedniej metody zarządzania, doprowadzający do ujemnego wyniku finansowego, nakłada na organ założycielski obowiązek pokrycia długu lub podjęcia uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub likwidacji zakładu. Brak jest jednak konsekwencji prawnych wobec organów założycielskich, które w wyniku zaistniałej sytuacji nie podejmują żadnych z wyżej wymienionych działań.
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej nie proponuje nowych rozwiązań, zmierzających do poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a jedynie koncentruje się na prowadzeniu działalności przez podmioty lecznicze i praktyki zawodowe. Zawiłość i brak interpretacji wielu zapisów ustawy powoduje, że nie staje się ona pomocnym narzędziem dla osób kierujących, a nawet łamie zasadę równego traktowania podmiotów (część wymogów odnosi się jedynie do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie obowiązując tym samym przedsiębiorców).
10. W świetle uregulowań prawnych, kierownik odpowiada za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Ustawodawca nie wskazał konieczności uzupełnienia kwalifikacji (w przypadku braku właściwych z zakresu zarządzania) oraz nie doprecyzował, jakie kwalifikacje predestynują kierownika do zarządzania podmiotem leczniczym.
11. Rada społeczna jako organ wewnętrzny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej niereprezentatywna ani w stosunku do pracowników zakładu, ani do świadczeniodawców, rozprasza odpowiedzialność za zarządzanie i wydłuża jedynie podejmowanie decyzji.
12. Poszukiwanie lepszych rozwiązań z zakresu zarządzania doprowadziło ustawodawcę do wprowadzenia możliwości przekształceń podmiotów leczniczych.

Rozdział 3

Restrukturyzacja i przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej w kontekście uregulowań prawnych oraz świetle wyników badań empirycznych

3.1. Obszary restrukturyzacji w zakładach opieki zdrowotnej

Proces zmian zapoczątkowany w 1999 roku miał przede wszystkim na celu reformę finansowania ochrony zdrowia, a więc oddzielenie funkcji płatnika od usługodawców. Założeniem ustawodawcy przy wprowadzeniu pakietu ustaw było efektywniejsze rozlokowanie zasobów i lepsze zarządzanie samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (SPZOZ). Nowa konstrukcja samodzielności zakładów miała się stać panaceum na rosnące zadłużenie, jednakże trudna sytuacja ekonomiczna zakładów opieki zdrowotnej ciągle się pogłębiała. A. Koziarkiewicz podkreśla, że placówki wciąż działały na zasadach miękkich budżetów bez prawnej lub faktycznej możliwości ogłoszenia bankructwa. Po 2001 roku dyscyplina finansowa nowo utworzonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej została rozluźniona. Jednocześnie doszło do nasilenia problemów finansowych na skutek uregulowań prawnych zmuszających SPZOZ do płacenia wynagrodzeń, które nie znajdowały pokrycia w ich przychodach (lex 203). Reforma ona wprowadzona ustawowo, przy całkowitym zlekceważeniu czynników otoczenia i pozycji finansowej SPZOZ-ów. W rezultacie poziom zadłużenia pogłębił się jeszcze bardziej [Koziarkiewicz 2008, s. 44–45]. Na podobne przesłanki wskazuje M. Kachniarz uznając, że nie tylko wadliwa była konstrukcja zakładów, co było przedmiotem orzecznictwa sądów, ale też sama ustawa (o zakładach opieki zdrowotnej), która w latach 1991–2007 była nowelizowana ponad 46 razy. Autor upatruje trudnej sytuacji w rozmytych relacjach właścicielskich, odpowiedzialności organu założycielskiego za ujemny

wynik finansowy, klasyfikowaniu świadczeń zdrowotnych jako działalności gospodarczej, kwestii należności do sektora finansów publicznych, pobierania dodatkowych opłat za świadczenia ponadstandardowe czy też, podobnie jak A. Kozierkiewicz, w odpowiedzialności za centralne decyzje finansowe [Kachniarz 2008, s. 95].

Należy wziąć pod uwagę, że zmieniające się otoczenie zarówno mikro, jak i makro ściśle determinuje funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej. Analizując działalność zakładu opieki zdrowotnej, należy zaznaczyć, że funkcjonuje on w konkretnym otoczeniu gospodarczym i społecznym¹. Zmiany otoczenia były tak dynamiczne, że niewydajny system powodował rosnącą zapaść opieki zdrowotnej zarówno pod kątem organizacyjnym, jak i finansowym. Zdaniem J. Leowskiego i J. Opolskiego [2001, s. 49 i 51], system wymagał „interwencji chirurgicznej”, gdyż był w stanie „zagrożenia życia”. Bez radykalnej poprawy zaplecza technologicznego, kadrowego, środków finansowych zapewniających racjonalne wykorzystanie bazy i kadr (w tym regulacji płac personelu medycznego), programy naprawcze pozostają fikcją. Podstawowym warunkiem powodzenia – jak piszą autorzy – było podjęcie decyzji politycznej odnośnie do miejsca zdrowia w redystrybucji dochodu narodowego. Niezbędne stało się więc zwiększenie nakładów na zdrowie początkowo z 3,5 do 4,0% PKB, a docelowo do 7–10% PKB. Nadzór nad realizacją wszystkich funkcji systemu ochrony zdrowia powinien nie tylko przypadać w udziale władzom administracyjnym państwa, ale przede wszystkim pozostawać w gestii administracji samorządowej. Nie jest to zadanie łatwe, bowiem – jak pisze K. Rogoziński [2000, s. 9] – *nowości nie chce ani specjalista, ani laik*, a realizacja reformy zależy w dużej mierze od przełamywania barier, oporów i uprzedzeń wywołanych wpływem dziedzictwa przeszłości.

P. Białynicki-Birula uważa, że w wyniku reformy z 1999 roku nastąpiło zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia, pochodzących zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych. Uwagę zwraca istotny, skokowy wzrost wydatków, które w latach 1999–2003 wzrosły przeciętnie o 15% w porównaniu z okresem sprzed reformy. Autor kojarzy wzrost publicznego finansowania ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim wydatków państwowych, z negatywnym wpływem reformy na stan finansów publicznych. Na poparcie tej tezy przedstawia wydatki poniesione z budżetu państwa na przygotowanie reformy systemu ochrony zdrowia i restrukturyzację w latach 1996–1998 (tabela 3.1). Poszukując przyczyn wzrostu

¹ *Otoczenie* należy pojmować jako sumę stale zmieniających się czynników i procesów, z którymi dany podmiot musi się liczyć w sferze mikro- i makrootoczenia. Termin *analiza otoczenia* jest często używany zamiennie z innymi terminami, takimi jak: kontrola otoczenia, prognozowanie otoczenia, sondaż środowiska zewnętrznego. W praktyce terminu analiza otoczenia używa się do określenia czynności związanych z gromadzeniem informacji i ich analizowaniem w celu możliwie najlepszego przystosowania się do zmian zachodzących w otoczeniu rynkowym [Thomas 1998, s. 66–71].

publicznych wydatków na ochronę zdrowia, wskazuje: brak przekształceń w sferze świadczenia usług zdrowotnych, niekontrolowany wzrost wydatków na leki, nadmierny popyt na świadczenia zdrowotne powodowany przez podaż, charakter implementowanego modelu ochrony zdrowia oraz wysokie koszty przygotowania i wdrażania reformy [Białynicki-Birula 2006, s. 145–146].

Tak więc, polityczne i społeczne oczekiwania wobec reformy przy zmieniającym się otoczeniu nie zostały spełnione. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013 wskazuje, że narastało zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Działające kasy chorych okazały się niezdolne do finansowania usług medycznych w ramach posiadanych środków finansowych. Ponadto zmniejszyła się dostępność pacjentów do świadczeń zdrowotnych, szczególnie ambulatoryjnych, specjalistycznych, zwiększały się różnice regionalne w poziomie finansowania i korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Problem odnawiającego się zadłużania publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynikał z wielu przyczyn: ograniczonej wysokości środków publicznych na ochronę zdrowia, nieracjonalnego rozmieszczenia zakładów opieki zdrowotnej, niewłaściwej alokacji środków, braku odpowiedniego nadzoru właścicielskiego oraz złego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej [Strategia rozwoju 2005, s. 25–26].

Panaceum na pogłębiającą się złą sytuację w zakładach miały być działania restrukturyzacyjne. Zmiany mogły być dokonywane w różnych obszarach organizacji, a ich zakres był zależny od rodzaju i siły oddziaływania czynników wywołujących ten proces oraz od celu, jakiemu ma służyć. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że organizacje mogą się zmieniać poprzez przeobrażenie strategii, struktury, technologii lub ludzi. W przypadku reformy sektora ochrony zdrowia mamy do czynienia z równoczesną zmianą we wszystkich czterech wyżej wymienionych płaszczyznach [Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 125]. Zmiana strategii możliwa jest po przeprowadzeniu gruntownych zmian wewnątrz organizacji, dlatego też najczęściej proponuje się diagnozę zakładu, a następnie wprowadzenie działań z zakresu restrukturyzacji.

W piśmiennictwie poświęconym zagadnieniom restrukturyzacji spotyka się różne definicje tego zjawiska (tabela 3.2). Warta przytoczenia jest dodatkowo definicja H. Jagody i J. Lichtarskiego, dla których: *restrukturyzacja przedsiębiorstwa* to złożony aparat pojęciowy opisujący wszelkiego rodzaju zmiany strukturalne w przedsiębiorstwie. Może on zatem dotyczyć na przykład struktury majątkowej (własności), kapitałowej, organizacyjnej, zarządzania, zatrudnienia, produkcyjno-asortymentowej, rynków zatrudnienia i zbytu, techniczno-technologicznej itd. W tym rozumieniu restrukturyzacja jawi się jako odpowiednik stosowanego szeroko w odniesieniu do zmian stricte organizacyjnych pojęcia reorganizacja [Jagoda i Lichtarski 1994, s. 158].

Tabela 3.1. Wydatki poniesione z budżetu państwa na przygotowanie reformy systemu ochrony zdrowia i restrukturyzacje w latach 1996–1998

Rok	Wydatki budżetu państwa na przygotowanie reformy systemu ochrony zdrowia	Łączna kwota wydatków w danym roku (w mln zł)
1996	Restrukturyzacja zobowiązań ochrony zdrowia (1750,0 mln zł). Finansowanie wydatków związanych z wdrożeniem rejestru usług medycznych w zakresie ochrony zdrowia (70,0 mln zł). Stworzenie warunków do przekształcenia jednostek budżetowych ochrony zdrowia w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej między innymi w celu dostosowania ich działalności do systemu ubezpieczeń społecznych (70,0 mln zł).	1890,0
1997	Stworzenie warunków przekształcenia jednostek budżetowych ochrony zdrowia w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; między innymi w celu dostosowania ich działalności do systemu ubezpieczeń społecznych (222,4 mln zł). Wdrożenie rejestru usług medycznych (94,5 mln zł).	316,9
1998	Usługi zdrowotne realizowane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (741,3 mln zł). Reformy systemowe ochrony zdrowia, w szczególności wydatki związane z: wdrożeniem rejestru usług medycznych, stworzeniem warunków do przekształcenia jednostek budżetowych ochrony zdrowia w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, między innymi w celu dostosowania ich działalności do systemu ubezpieczeń zdrowotnych, przekształceniem zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w formie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (310,0 mln zł). Uzupełnienie środków na wprowadzenie (wdrożenie) systemu zawierania oraz finansowania umów o realizację świadczeń zdrowotnych z osobami wykonującymi zawody medyczne lub innymi podmiotami upoważnionymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych (150,0 mln zł). Inwestycje w służbie zdrowia oraz wynagrodzenia wraz z pochodnymi dla 1600 etatów, kalkulatoryjnych, przeznaczonych na nowe zadania, w jednostkach ochrony zdrowia (99,2 mln zł). Utworzenie Biura ds. Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (80,0 mln zł). Usługi medyczne świadczone przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki na rzecz uprawnionych na podstawie umów zawieranych w trybie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 roku w sprawie ogólnych warunków trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych (65,1 mln zł).	1445,6
Łączna kwota wydatków w latach 1996–1998		3652,5

Źródło: Białynicki-Birula 2006, s. 145–146.

Tabela 3.2. Definicje restrukturyzacji w polskiej literaturze ekonomicznej

Autor	Definicja
I. Duplik [1998, s. 45]	Restrukturyzacja określana jest najczęściej jako systemowa przebudowa, modernizacja i unowocześnienie, czy też dostosowanie do współczesnego poziomu techniki i rozwoju myśli organizatorsko-menedżerskiej, struktury przedsiębiorstwa, firmy czy instytucji. W warunkach polskich jednak restrukturyzacja kojarzy się, z prywatyzacją i zmianami makroekonomicznymi
A. Nalepka [1998, s. 21]	Restrukturyzacja przedsiębiorstwa oznacza przemyślaną reorientację celów (misji) przedsiębiorstwa stosownie do zaszyłych lub mających zajść w przyszłości zmian w otoczeniu i przystosowanie do tego techniki, organizacji, ekonomiki i kadr
B. Pełka [1994, s. 7]	Restrukturyzacja przedsiębiorstwa to zmiany systemowe w przedsiębiorstwie odniesione do techniki, technologii, form organizacji produkcji, systemu zarządzania, ekonomiki i rynku oraz statusu organizacyjno-prawnego tego przedsiębiorstwa
A. Stabryła [1995, s. 16]	Restrukturyzacja jest postępowaniem diagnostyczno-projektowym, mającym na celu usprawnienie systemu zarządzania i systemu eksploatacyjnego przedsiębiorstwa, przy czym zmiany odnoszą się przede wszystkim do przekształcania formy organizacyjnej, systemów decyzyjnych zarządzania i zasobów ludzkich
C. Suszyński [1999, s. 67]	Restrukturyzacja to złożony proces często fundamentalnych zmian w przedsiębiorstwie, którego celem jest bieżące (operacyjne) i długofalowe (strategiczne) kształtowanie atrybutów jego podmiotowości pod kątem zmian w otoczeniu i wewnętrznych potrzeb samego przedsiębiorstwa
R. Borowiecki [Borowiecki i Nalepa 2003, s. 76]	Restrukturyzacja jest systemową przebudową, modernizacją lub unowocześnieniem czy uwspółcześnieniem struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania przedsiębiorstwa lub innych obiektów badań ekonomicznych. Ma charakter złożony, wielowymiarowy i długotrwały, przesłankami jej podejmowania są sytuacje krytyczne w rozwoju struktur, których ona dotyczy
Z. Jasiński [1992, s. 12]	Restrukturyzacja jest przemyślaną – wobec zmian zachodzących w otoczeniu – reorientacją celów przedsiębiorstwa i dostosowaniem do nich techniki, organizacji, ekonomiki i kadr
Z. Sapijaszka [1996, s. 30]	Restrukturyzacja jest to radykalna zmiana w co najmniej jednym spośród trzech wymiarów organizacji, tzw. zakresie działania, strukturze kapitałowej lub organizacji wewnątrz firmy

Źródło: Mozalewski 2010, s. 216; Lachiewicz i Zakrzewska-Bielawska 2005.

Natomiast A. Kamela-Sowińska i A.B. Mirecki definiują *restrukturyzację* jako proces takiego dostosowania organizacyjnego, ekonomicznego, finansowego i technicznego, który najlepiej odpowiada celowi postawionemu przed przedsiębiorstwem. Jest to także zespół działań nastawionych na podniesienie efektywności i wykorzystanie zasobów w prowadzonej działalności gospodarczej w celu zapewnienia konkurencyjności rynkowej [Kamela-Sowińska i Mirecki 1995, s. 19].

Restrukturyzacja jest zatem procesem realizowanym w zakładzie, którego celem jest dostosowanie go do zmian występujących w otoczeniu. Częstotliwość konieczności przeprowadzenia restrukturyzacji zależy od wielkości i wagi tych zmian [Brandenburg 2010, s. 29].

Według A. Bartolei i Ph. Hermesa restrukturyzację można podzielić na wewnętrzną i zewnętrzną. Pierwsza prowadzi do ponownego określenia funkcji, rozlokowania uprawnień decyzyjnych i zmiany struktury organizacyjnej, natomiast druga jest związana z kompleksowymi przystosowaniami na poziomie jednostki z wyraźną rolą otoczenia, wywierającego wpływ na proces zmian i zewnętrzne konsekwencje [Bartoli i Hermet 1986, za: Karkowski 2012, s. 89]. A. Lipowski wyodrębnia trzy rodzaje restrukturyzacji: restrukturyzację zakładającą pozostanie przedsiębiorstwa w sektorze publicznym (czyli bez perspektyw prywatyzacji, zwykle restrukturyzacja ta sprowadza się do komercjalizacji, redukcji majątku produkcyjnego i zatrudnienia oraz oddłużenia), restrukturyzację dokonywaną w ramach sektora publicznego (mającą na celu przygotowanie przedsiębiorstwa do prywatyzacji, a głównym celem restrukturyzacji jest wzrost wartości rynkowej firmy), restrukturyzację poprzez i dzięki autentycznej prywatyzacji (w tym wypadku prywatyzacja stanowi podstawowy element restrukturyzacji, a z drugiej strony jest jej podstawowym narzędziem – dzięki prywatyzacji możliwa jest restrukturyzacja w sferze decyzyjno-własnościowej prowadzącej do wzrostu efektywności gospodarowania) [Lipowski 2001, s. 56].

Natomiast M. Trocki definiuje *restrukturyzację* odnosząc ją już do zakładów opieki zdrowotnej. Uznaje, że jest to przedsięwzięcie polegające na przebudowaniu struktur zakładu w celu poprawy skuteczności jego działania i zapewnienia rozwoju. Powodem restrukturyzacji jest konieczność dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań otoczenia: aktualnych, nowych i przyszłych [Trocki 2002, s. 84].

Charakteryzując proces restrukturyzacji, można określić, że jest to proces ciągły i niejednorodny zarówno o charakterze naprawczym, jak i rozwojowym. Nie jest celem samym w sobie, lecz środkiem do celu. Jest ukierunkowany na reorientację celów przedsiębiorstwa i dostosowanie do nich jego ekonomiki, organizacji, zarządzania i polityki personalnej, prowadzony na wielu płaszczyznach i w różnych dziedzinach działalności przedsiębiorstwa równolegle, w różnym tempie, wykorzystuje wiele metod zarządzania [Czermiński i in. 2001, s. 214]. Celem procesów restrukturyzacyjnych jest wprowadzenie w przedsiębiorstwie takich zmian, które zapewnią zwiększenie (lub przywrócenie) jego zdolności do generowania zysku do poziomu gwarantującego dalszy rozwój, w perspektywie długookresowej, a w perspektywie krótkookresowej zapewniającego osiągnięcie wymaganej dodatniej różnicy między kosztami działalności operacyjnej a osiągniętymi z niej przychodami [Pacholski, Cempel i Pawlewski 2009, s. 6].

Warto podkreślić, że do specyficznych zmian restrukturyzacyjnych, decydujących o istocie procesu restrukturyzacji, należy zaliczyć:

- *radykałność* – rozwiązania wprowadzane w ramach restrukturyzacji zasadniczo zmieniają podstawy funkcjonowania przedsiębiorstwa. Jego stan po gruntownej restrukturyzacji różni się istotnie – w zakresie celów, strategii, struktury organizacyjnej, systemów i metod zarządzania – od stanu sprzed restrukturyzacji;
- *rewolucyjność/nieciągłość* – zmiany wprowadzane w ramach procesu restrukturyzacji są z reguły nowatorskie; ich skutkiem nie jest powierzchowna korekta dotychczasowych rozwiązań, lecz zastosowanie rozwiązań całkowicie nowych, zrywających z przeszłością;
- *kompleksowość/wielowymiarowość* – zmiany restrukturyzacyjne obejmują z reguły wszystkie obszary funkcjonowania przedsiębiorstwa, co sprawia, że proces restrukturyzacji jest złożony i wielowymiarowy;
- *długofalowość* – na przygotowanie, przeprowadzenie i ocenę skutków kompleksowej restrukturyzacji przedsiębiorstwo potrzebuje zazwyczaj kilku lat;
- *nakierowanie na otoczenie* – restrukturyzacja jest wywołana przede wszystkim przez zmiany zachodzące w otoczeniu i powinna prowadzić do dostosowania struktury i mechanizmów do aktualnych i/lub przyszłych warunków panujących w otoczeniu;
- *kosztowność* – zmiany restrukturyzacyjne są kosztowne zarówno w wymiarze społecznym, jak i finansowym z restrukturyzacją wiąże się niejednokrotnie utrata miejsc pracy przez część pracowników, konieczność przekwalifikowania i adaptacji do nowych warunków;
- *planowość* – zmiany restrukturyzacyjne ze względu na swoją istotność, złożoność i długofalowość są z reguły wprowadzane planowo, zgodnie z wcześniej sporządzonym, odpowiednio uzgodnionym i przyjętym do realizacji planem działania [Brandenburg 2010, s. 30].

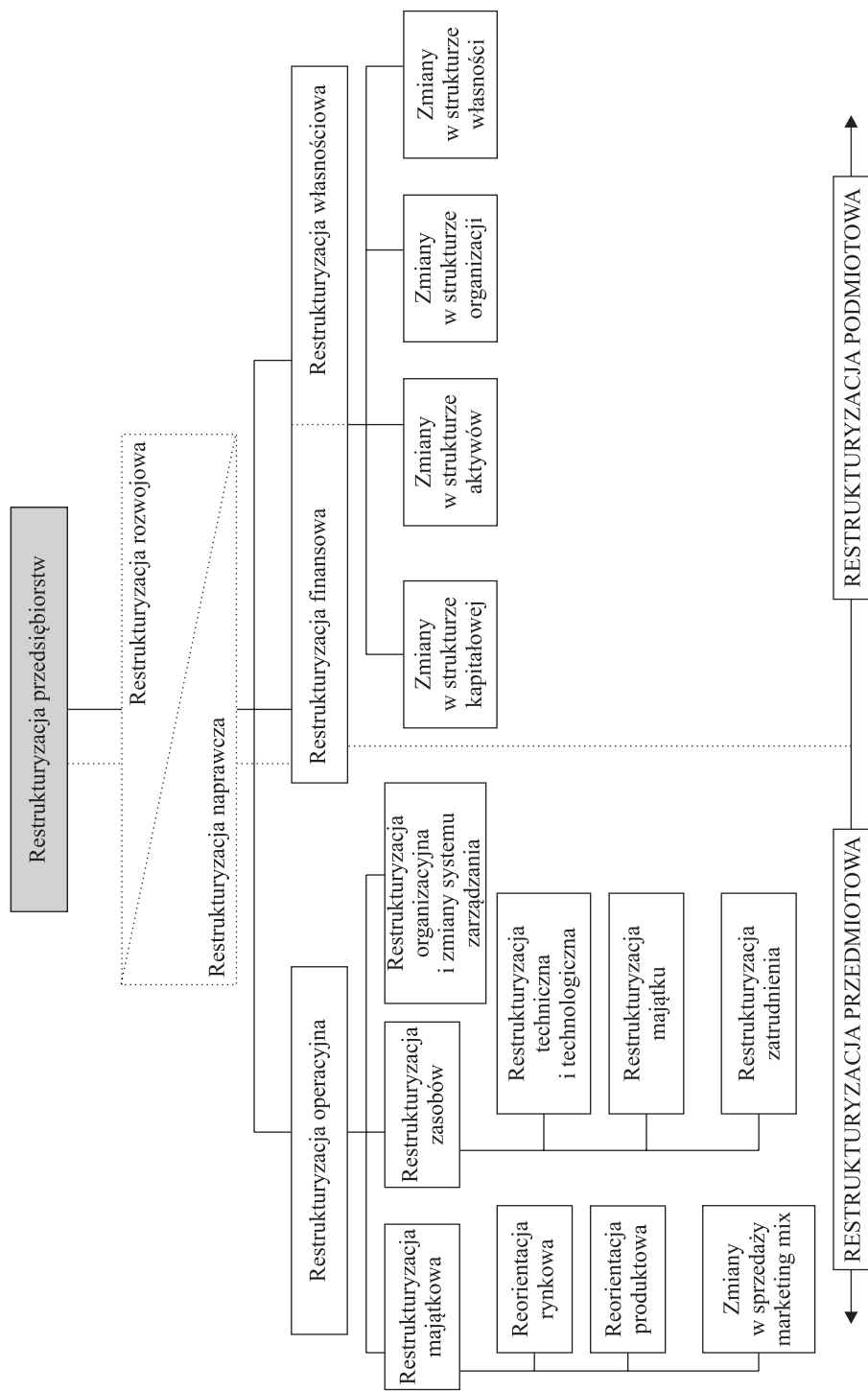
Porządkując materię restrukturyzacji, C. Suszyński [1999] wyodrębnia jej trzy rodzaje: restrukturyzację operacyjną, finansową i własnościową (rysunek 3.1). Restrukturyzacja operacyjna obejmuje zmiany w podstawowej działalności gospodarczej przedsiębiorstwa i znajduje swoje odbicie w zmianach stanu i struktury aktywów przedsiębiorstwa. Zawiera szerszy obszar zmian identyfikowany z restrukturyzacją marketingową, zasobów czy organizacyjną. Restrukturyzacja zasobów dotyczy zmian w zatrudnieniu i szeroko rozumianym majątku przedsiębiorstwa. Restrukturyzacja finansowa to działania w sferze materialnej, planowania i zarządzania. Podstawowym jednak podziałem, który można zastosować, jest restrukturyzacja przedmiotowa i podmiotowa. Przez *restrukturyzację przedmiotową* należy rozumieć wprowadzenie w przedsiębiorstwie zmian związanych z poprawą funkcjonowania jego sfery techniczno-technologicznej (majątkowej, zatrudnienia, finansowej, technicznej, technologicznej, produktywnej) [Garstka 2006, s. 19]. Z kolei *restrukturyzacja o charakterze podmiotowym* ma na celu

zmiany systemowe wprowadzane w obszarze prawno-organizacyjnym oraz finansowo-ekonomicznym (sfera własnościowa, prawno-organizacyjna, systemu zarządzania, systemów decyzyjnych czy kulturowych) [Mozalewski 2010, s. 216].

Kolejnym stosowanym podziałem jest podział na restrukturyzację naprawczą i rozwojową. *Restrukturyzacja naprawcza* jest skutkiem trwającego w dłuższym okresie kryzysu i złej sytuacji przedsiębiorstwa. Celem jej przeprowadzenia jest eliminacja niekorzystnych tendencji o charakterze ekonomicznym, w tym płatności finansowej. Do najistotniejszych właściwości restrukturyzacji naprawczej, mających na celu wyeliminowanie ryzyka likwidacji przedsiębiorstwa, należą: działania restrukturyzacyjne obejmujące wyłącznie wybrane obszary w działalności przedsiębiorstwa (dotyczą okresu 1–2 lat); poprawa wyniku finansowego poprzez wykorzystanie rezerw prostych w przedsiębiorstwie; koncentracja na dotychczasowej produkcji; osiągnięcie przez przedsiębiorstwo szybko odczuwalnych korzyści. Natomiast *restrukturyzacja rozwojowa* opiera się na decyzjach strategicznych przedsiębiorstwa. Ma charakter długookresowy, obejmuje okres od 2 do 5 lat i charakteryzuje się dokonywaniem szeroko pojętych zmian jakościowych i strukturalnych, wysoką innowacyjnością techniczną, produkcyjną i marketingową, wyższym niż przeciętne ryzykiem podejmowanych przedsięwzięć oraz antycypacyjnym podejściem do rozwiązywania problemów [Suszyński 1999, s. 130].

Zarówno w zakresie restrukturyzacji naprawczej, jak i rozwojowej możliwe jest wprowadzanie zmian w dwóch podstawowych obszarach, stąd też wyróżnia się trzy kolejne typy działań. Pierwszy to *restrukturyzacja operacyjna* polegająca na dokonywaniu zmian w działalności gospodarczej i związanych z nią zasobach przedsiębiorstwa. Obejmuje ona restrukturyzację: marketingową, zasobów przedsiębiorstwa oraz organizacyjną i zmiany systemu zarządzania. Druga to *restrukturyzacja finansowa* polegająca na dokonywaniu zmian w finansach przedsiębiorstwa (kapitał obrotowy, koszty, źródła finansowania). Trzecia to *restrukturyzacja własnościowa*, mająca zastosowanie w przypadku prywatyzacji podmiotów państwowych [Mozalewski 2010 nr 2, s. 218]. Restrukturyzacja własnościowa natomiast obejmuje zmiany w strukturze własności oraz zmiany w strukturze organizacyjnej [Suszyński 2003, s. 191].

Zdaniem M. Mikietyńskiego, restrukturyzacja ochrony zdrowia nie jest działaniem jednorazowym, lecz rozłożonym w czasie procesem, o którego powodzeniu decydują jasno określone: cel, zadania i kierunki przekształceń oraz umiejętności wprowadzających je ludzi. Należy przy tym pamiętać, że każda restrukturyzacja przebiega w niepowtarzalnych warunkach i jest budowana na podstawie odmiennych przesłanek [Mikietyński 2008, s. 147 i 175]. Przykłady możliwości działań w procesie restrukturyzacji, przedstawia tabela 3.3.



Rysunek 3.1. Obszary zmian i rodzaje restrukturyzacji przedsiębiorstw

Źródło: Suszyński, 1999, s. 184.

Tabela 3.3. Możliwości działań w procesie restrukturyzacji firm

Restrukturyzacja naprawcza		Restrukturyzacja rozwojowa
w ramach istniejącego potencjału	w ramach „odchudzenia” przedsiębiorstwa	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ usprawnienie zarządzania ▪ lepsza organizacja pracy ▪ obniżka kosztów ▪ motywacja restrukturyzacyjna ▪ doskonalenie kadr ▪ podniesienie jakości wyrobów (usług) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ likwidacja ogniw nieefektywnych ▪ sprzedaż części mienia ▪ zagospodarowanie mienia z udziałem osób trzecich ▪ wyłączenie obiektów z produkcji ▪ zwolnienie kadrowe ▪ ograniczenia asortymentowe produkcji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoczynanie nowych przedsięwzięć ▪ odnowa asortymentu produkcji ▪ nowe kontakty handlowe ▪ zdobycie nowych rynków zbytu ▪ postęp techniczny i technologiczny ▪ postęp organizacyjny ▪ inne działania o charakterze rozwojowym

Źródło: Kowalczyk-Jakubowska i Mlewicz 1992, s. 19.

Z punktu widzenia E.H. Bowmana i H. Singha, restrukturyzacja może przybierać różne formy, zawierające trzy składowe elementy: portfel restrukturyzacji, restrukturyzację finansową i restrukturyzację organizacyjną. Portfel restrukturyzacji oznacza znaczące zmiany w układzie aktywów posiadanych przez przedsiębiorstwo, włączając likwidację, wydzielenie/odłączenie części firmy, sprzedaż aktywów. Restrukturyzacja finansowa to znaczące zmiany w strukturze kapitału, włączając wykorzystanie kredytu w celu wykupienia, dekapitalizację wspartą kredytem oraz zamianę wierzytelności na kapitał własny. Trzecim elementem jest restrukturyzacja organizacyjna, która dotyczy istotnych zmian w organizacyjnej strukturze firmy, włączając wydziałowe przeprojektowanie i zmniejszanie rozmiarów zatrudnienia [Bowman i in. 1999, s. 34–35, za: Karkowski 2012, s. 89].

M. Trocki dokonał klasyfikacji restrukturyzacji, dzieląc ją na trzy typy: restrukturyzację naprawczą, dostosowawczą i rozwojową (tabela 3.4). Zaznaczył także, że restrukturyzacja może obejmować różne wymiary działalności rynkowej: strukturę rynkową (jej wynikiem jest restrukturyzacja rynkowa), strukturę operacyjną (restrukturyzacja operacyjna), strukturę zaopatrzeniową (restrukturyzacja zaopatrzeniowa), strukturę majątkową (restrukturyzacja majątkowa), strukturę organizacyjną (restrukturyzacja organizacyjna), strukturę personalną (restrukturyzacja personalna), strukturę finansową (restrukturyzacja finansowa) oraz strukturę prawną i właścicielską (restrukturyzacja prawna i właścicielska) [Trocki 2002, s. 85–86].

Charakter i cel restrukturyzacji w opiece zdrowotnej najpełniej został określony w dokumencie: *Program restrukturyzacji i pomocy publicznej oraz przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej spółki użyteczności publicznej. Program*

Tabela 3.4. Charakterystyka rodzajów restrukturyzacji

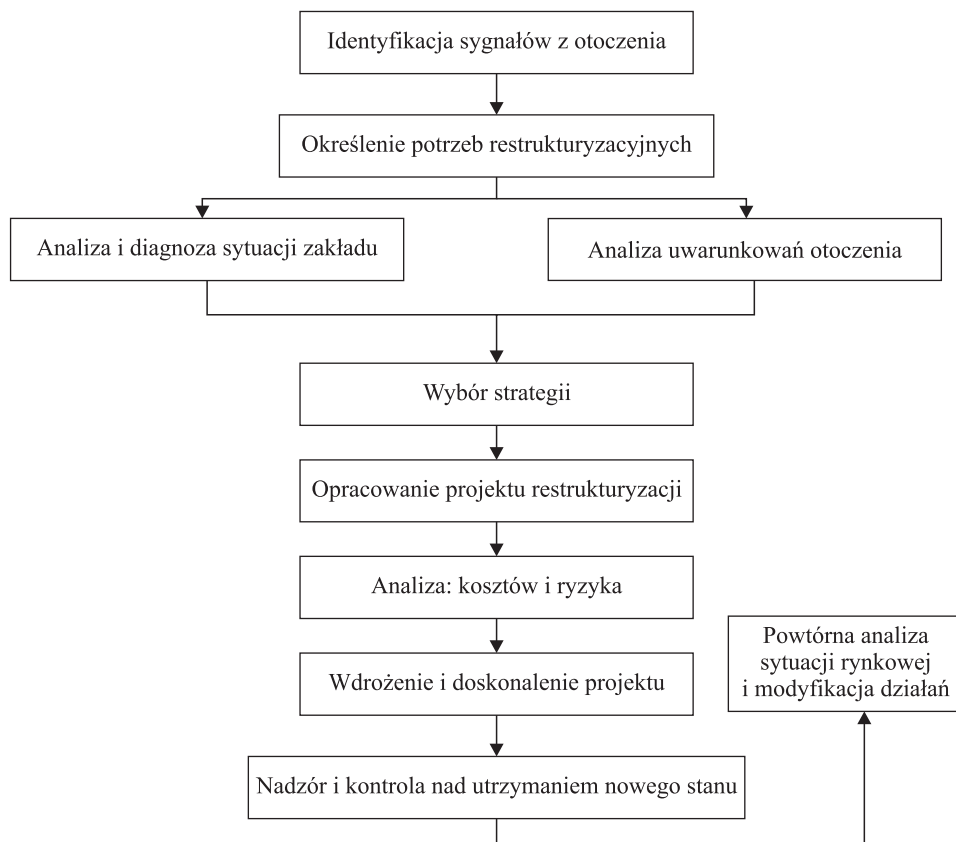
Charakterystyka	Restrukturyzacja naprawcza	Restrukturyzacja dostosowawcza	Restrukturyzacja rozwojowa
Wymagania	Aktualne	Nowe	Przyszłe
Cel	Przebudowa struktury ZOZ w celu odzyskania sprawności i efektywności jego działania	Przebudowa struktury ZOZ w celu utrzymania sprawności i efektywności jego działania	Przebudowa struktury ZOZ w celu zapewnienia przyszłej sprawności i efektywności jego działania
Charakter	Retrospektywna, tzn. zorientowana na przeszłość i teraźniejszość	Prospektywna tzn. zorientowana na teraźniejszość i najbliższą przyszłość	Prospektywna tzn. zorientowana na dalszą przyszłość
Horyzont	Krótkookresowy	Średniookresowy	Długookresowy

Źródło: Trocki 2002, s. 85.

dla jednostki samorządu terytorialnego pełniącego rolę podmiotu, który utworzył zakład. W programie tym stwierdzono, że postępowanie restrukturyzacyjne jest szczególnym postępowaniem administracyjnym, którego poszczególne etapy są realizowane na podstawie decyzji i pod nadzorem organów administracji rządowej. Celem postępowania restrukturyzacyjnego jest odzyskanie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (mające trudności finansowe i znajdujące się obecnie z stanie zadłużenia finansowego), zdolności do samodzielnego działania na rynku usług zdrowotnych, w warunkach konieczności utrzymania wewnętrznej dyscypliny finansowej.

Program wskazał także fazy postępowania restrukturyzacyjnego, a mianowicie przygotowanie wniosku i projektu programu restrukturyzacji; weryfikację projektu programu restrukturyzacji finansowej oraz wydanie w trybie administracyjnym postanowienia o formalnym wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego. Następnie następuje uzgodnienie projektu programu restrukturyzacji finansowej z wierzycielami publicznoprawnymi oraz zawarcie ugody z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych i zawarcie porozumień z pracownikami zakładu, pozyskanie środków na przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego, zakończenie w trybie administracyjnym postępowania oraz umorzenie należności publicznoprawnych [*Program restrukturyzacji* 2003, s. 4–5]. Podkreślenia wymaga to, że restrukturyzacja nie jest celem, lecz środkiem realizacji celów zakładu. Można ją scharakteryzować jako proces ciągły, mający na celu dokonanie zmian przywracających zakładowi zdolność do dalszego funkcjonowania oraz stworzenie zdolności do wzrostu [*Program restrukturyzacji* 2003, s. 8]. Proces restrukturyzacji przedstawia rysunek 3.2.

Rozpoczynając prowadzenie działań restrukturyzacyjnych, należy je poprzedzić wnikliwą analizą. Restrukturyzacja, jak już wskazano, jest procesem,



Rysunek 3.2. Proces restrukturyzacji

Źródło: Opracowano na podstawie: Bednarek 2007, s. 65; Trocki 2002, s. 90.

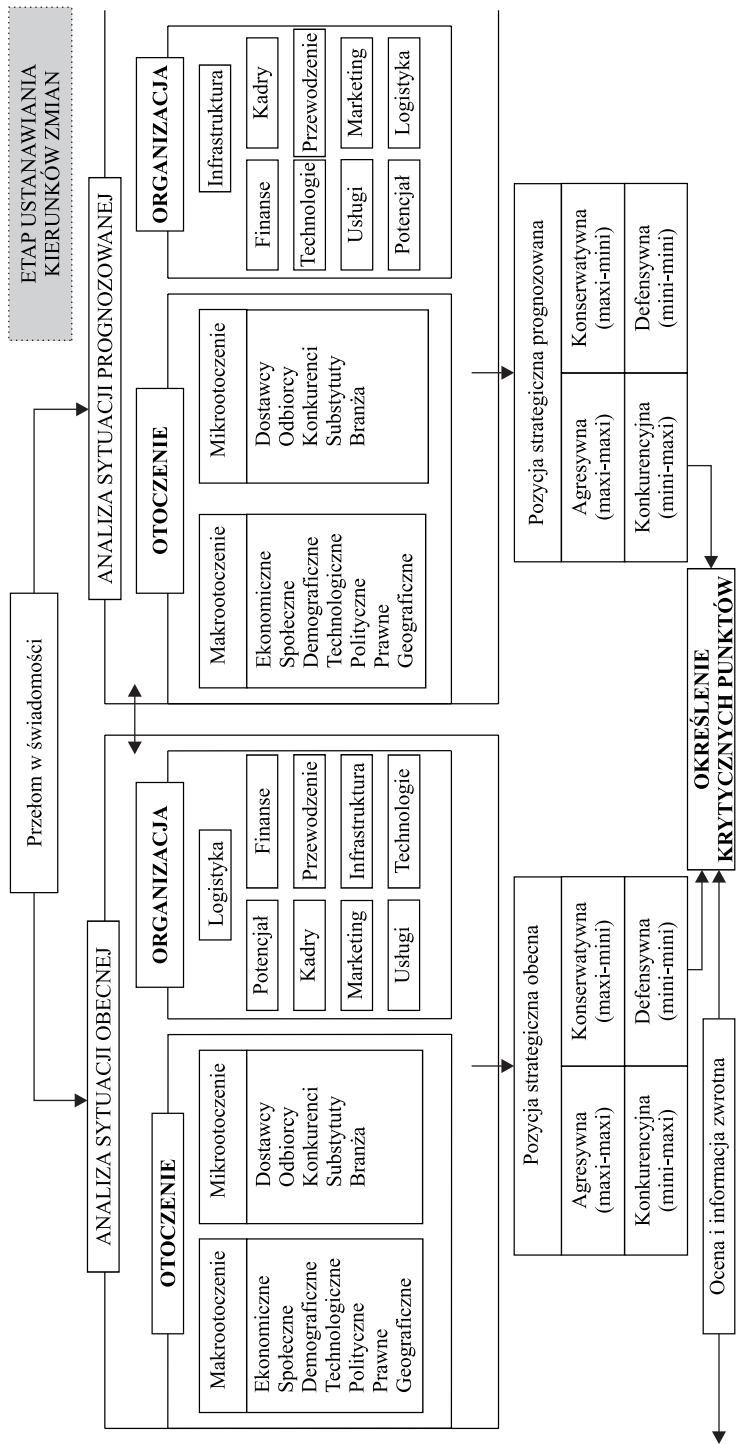
a więc sekwencją działań przebiegających w wyraźnie wydzielonych fazach (etapach) w sposób ciągły. Narzuca to konieczność zastosowania określonego podejścia metodycznego, umożliwiającego ocenę aktualnej sytuacji przedsiębiorstwa i opracowanie programu restrukturyzacji [Dowżycki, Sobolewski i Thuchowski, 2004, s. 56].

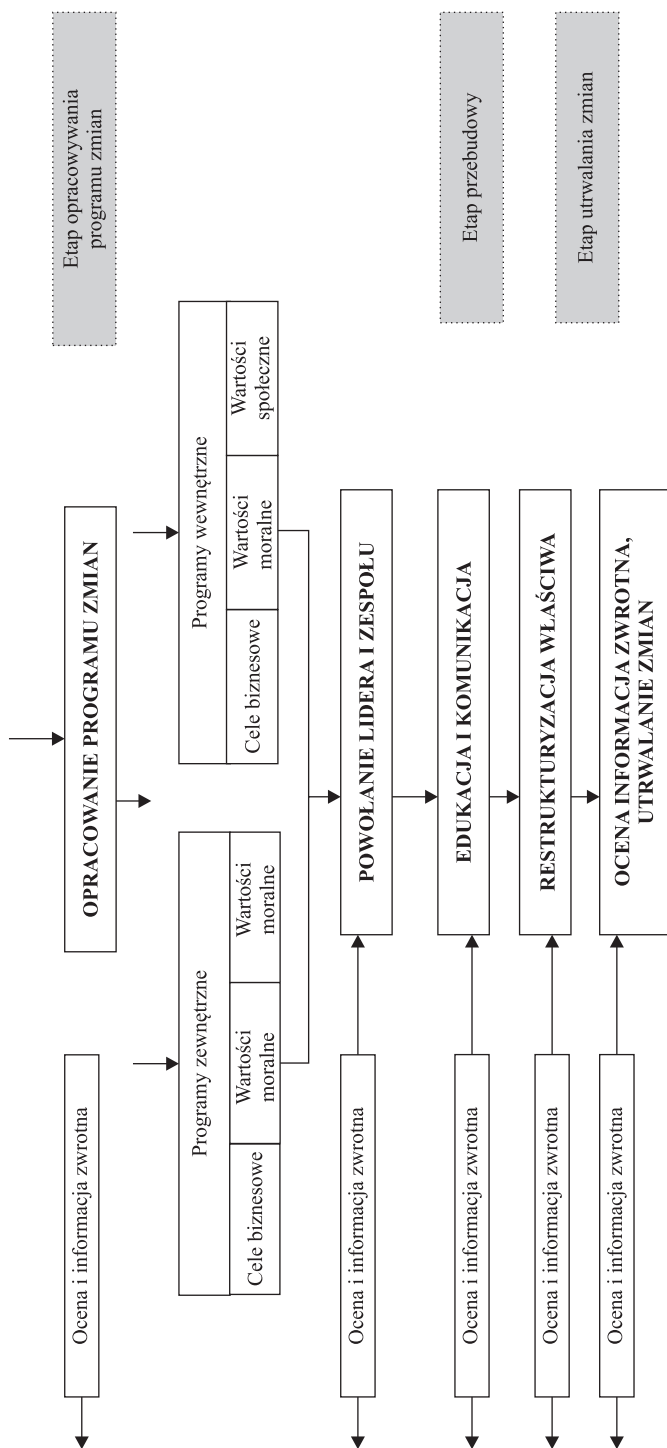
Program restrukturyzacji wskazywał na konieczność przeprowadzenia diagnozy aktualnego stanu zakładu, której efektem powinno być określenie misji zakładu, rzetelna ocena dostosowania działalności zakładu do uwarunkowań wynikających z obiektywnego stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, a także identyfikacja pożądanej struktury zatrudnienia. Istotna jest także identyfikacja stopnia wykorzystania posiadanego majątku. Ponadto program określa możliwość przeznaczenia części posiadanego majątku na prowadzenie wydzielonej organizacyjnie działalności gospodarczej będącej w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz na potrzeby inwestycyjne (przy własnych źródłach

Tabela 3.5. Symptomy kryzysowej sytuacji zakładu – przykłady

Dziedzina działalności zakładu	Symptomy
Finanse	<ul style="list-style-type: none"> – spadek przychodów – wzrost kosztów – niekorzystny wynik działalności (strata) – pogorszenie <i>cash flow</i> – utrata płynności finansowej – wzrost zadłużenia
Prawo, sytuacja własnościowa	<ul style="list-style-type: none"> – nieuregulowane stosunki własnościowe – konflikty z właścicielami/dysponentami – brak zrozumienia problemów zakładu ze strony właściciela/organów nadzoru
Rynek	<ul style="list-style-type: none"> – skargi na dostępność i jakość usług – zmniejszenie zapotrzebowania na usługi – zmniejszenie udziału w rynku – odchylenia ceny rzeczywistej od kalkulowanej – pogorszenie konkurencji cenowej – rozwój konkurencji
Działalność operacyjna	<ul style="list-style-type: none"> – niski stopień wykorzystania zdolności operacyjnych – „wąskie gardła” działalności operacyjnej – awarie i przestoje wynikające z jakości wyposażenia i jego eksploatacji – ograniczenie inwestycji – obniżenie poziomu medycznego działalności
Zaopatrzenie	<ul style="list-style-type: none"> – nadmierne zapasy – zakłócenie dostaw – konflikty z dostawcami – trudności regulacji należności za dostawy
Majątek	<ul style="list-style-type: none"> – utrzymywanie nieproduktywnego majątku – nadmierny majątek – nadmierne obciążenie kosztami utrzymania majątku – dekapitalizacja majątku – ograniczenia inwestycji majątkowych
Organizacja	<ul style="list-style-type: none"> – nadmiernie rozbudowana struktura organizacyjna – zbyt duża liczba stanowisk kierowniczych – mała rozpiętość kierowania – wydłużenie obiegu informacji, zakłócenia informacyjne – zakłócenia procesów decyzyjnych
Zatrudnienie	<ul style="list-style-type: none"> – niezadowolenie z pracy, strajki – wysoki poziom fluktuacji zatrudnienia – nadmierne zatrudnienie – niska produktywność

Źródło: Trocki 2002, s. 88.





Rysunek 3.3. Etapy i uwarunkowania skutecznej restrukturyzacji

Źródło: Mikietyński 2008, s. 142–143.

finansowania). Procesy restrukturyzacji wskazują także na potrzebę określenia potrzeb w zakresie regulacji stanu prawnego nieruchomości będących we władaniu zakładu. Identyfikacja potrzeby przeprowadzenia efektywnej restrukturyzacji majątkowej, organizacyjnej, zatrudnienia czy finansowej powinna być przeprowadzana przy uwzględnieniu planu naprawczego [*Program restrukturyzacji* 2003, s. 7].

Wnikliwa analiza zarówno, potencjału i pozycji strategicznej może zwrócić uwagę na pojawiające się symptomy sytuacji kryzysowej zakładu [Romanowska 2002, s. 19]. M. Trocki, analizując procesy restrukturyzacyjne zakładów opieki zdrowotnej, wskazał przykładowe symptomy sytuacji kryzysowej (tabela 3.5).

M. Mikietyński w stosunku do restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej odnosi pojęcie zmiany, wyróżniając etapy planowania i wprowadzania zmian. Składają się na nie: ustanawianie kierunków zmian, opracowywanie programu zmian, dokonywanie przebudowy oraz utrwalanie zmian (rysunek 3.3). Autor zaznacza przy tym, że skuteczność restrukturyzacji zależy od szeregu możliwych do zidentyfikowania i nieprzewidzianych uwarunkowań. Wskutek krytycznego przeglądu realizowanych zamierzeń mogą się one pojawiać na każdym etapie planowania, przebudowy i utrwalania zmian. Właściwa reakcja na ich zaistnienie może zaważyć na efektywności. Ta jest jednak zagwarantowana, gdy i przywódcy, i członkowie organizacji naprawdę wiedzą, po co i dokąd zmierzają [Mikietyński 2008, s. 142].

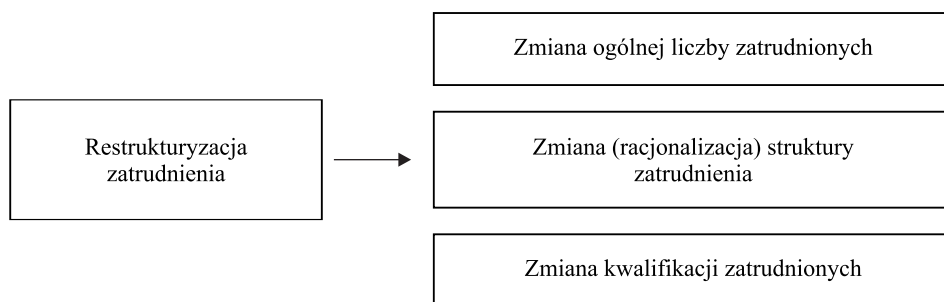
3.2. Restrukturyzacja zatrudnienia na tle programów restrukturyzacyjnych Ministerstwa Zdrowia

Jednymi z pierwszych działań, jakie zostały podjęte przez Ministerstwo Zdrowia w 1999 roku, były działania dotyczące restrukturyzacji zatrudnienia. C. Suszyński [2003, s. 146] definiuje *restrukturyzację zatrudnienia* jako zmiany w obrębie struktury i liczby zatrudnionych, których celem jest obniżenie kosztów oraz maksymalne dostosowanie do potrzeb przedsiębiorstwa, wynikające z funkcjonowania w zmiennym, wysoko konkurencyjnym otoczeniu. Z kolei według D. Thierry'ego może ona obejmować: *przegrupowania (przeszeregowania) zawodowe* (ponowne zatrudnienie na stanowisku pracy o treści zbliżonej do dotychczas wykonywanej przez pracownika), *rekonwersję zawodową* (ponowne zatrudnienie na stanowisku pracy o treści w istotny sposób różniącej się od dotychczas wykonywanej przez pracownika) czy *przekwalifikowanie* (przekształcenie profilu kompetencji znaczącej części pracowników w przedsiębiorstwie) [Thierry 1995, s. 22].

W zdecydowanej większości, po okresie transformacji systemowej przedsiębiorstwa podejmowały decyzje o restrukturyzacji zatrudnienia. Działania

restrukturyzacyjne polegały głównie na zmniejszeniu liczby zatrudnionych, wprowadzeniu zmian w systemie motywacyjnym oraz ograniczeniu zakresu świadczeń socjalnych w przedsiębiorstwach [Puchała 2001]. Powodami tych działań były: przerosty zatrudnienia utrzymujące się z poprzedniego okresu oraz niedopasowanie kwalifikacji i stawianie nowych wymogów wobec pracowników [Krajewski 2009, s. 156].

Przeprowadzając restrukturyzację zatrudnienia, należy określić, jakie cele strategiczne stawiane są przed restrukturyzowanym podmiotem (rysunek 3.5). W zależności bowiem od celu zakład będzie realizował swoje działania w różny sposób, tak aby łagodzić ich skutki. Zmiany w strukturze zatrudnienia bardzo często wymagają nie tylko modyfikacji w zakresie wykonywanych obowiązków części



Rysunek 3.4. Restrukturyzacja zatrudnienia

Źródło: Bitkowska 2010, s. 68.



Rysunek 3.5. Cele restrukturyzacji zatrudnienia

Źródło: Grudzewski i Hejduk 2000, s. 299.

pracowników, ale także są konsekwencją często żmudnego procesu negocjacyjnego ze związkami zawodowymi.

W 1999 roku został przyjęty przez Radę Ministrów *Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia*. W roku 2000 Ministerstwo Zdrowia przedstawiło dokument zatytułowany *Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych*, a w roku 2001 dokument *Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001. Kontynuacja programu z roku 1999 i 2000*².

W *Programie restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000* [2000] wyraźnie wskazano, że ograniczoność zasobów finansowych i jednocześnie wzrost kosztów w sektorze dodatkowo potęgowany jest poprzez rozwój nowych technologii medycznych, starzenie się społeczeństwa oraz wzrost oczekiwań pacjentów w stosunku do jakości opieki i świadczonych usług. W 2000 roku rozpoczęto więc proces tworzenia regionalnych programów restrukturyzacji w ochronie zdrowia. Zgodnie z zawartymi zapisami, regionalny program restrukturyzacji powinien otrzymać akceptację samorządów terytorialnych. Powinien także uwzględniać priorytety lokalne w zakresie polityki zdrowotnej, restrukturyzację jednostek z całego województwa, programy wsparcia i aktywizacji prywatyzacji oraz programy restrukturyzacji podstawowej opieki zdrowotnej dla terenów wiejskich.

Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej w roku 2000 dokonywała się w dwóch obszarach: restrukturyzacji szpitali, restrukturyzacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz ratownictwa medycznego i specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego. Celem restrukturyzacji szpitali było utrzymanie optymalnej liczby łóżek z odpowiednią strukturą podaży świadczeń, zapewniającą racjonalne wykorzystanie istniejącej bazy. Preferowana była likwidacja łóżek szpitalnych przy jednoczesnym rozwoju alternatywnych form opieki. Program zakładał, że ograniczenie liczby łóżek i oddziałów oraz ich ewentualna likwidacja powinny uwzględniać zapewnienie dostępu pacjentów wymagających hospitalizacji do szpitali gwarantujących odpowiednie usługi³.

Drugim restrukturyzowanym obszarem była podstawowa opieka zdrowotna wraz z ratownictwem medycznym i specjalistycznym leczeniem ambulatoryjnym. Ze względu na mniejszą kosztochłonność opieki ambulatoryjnej, opieka zdrowotna miała być przesuwana właśnie w tym kierunku. Zgodnie z założeniami *Programu restrukturyzacji*, rozwój podstawowej opieki zdrowotnej,

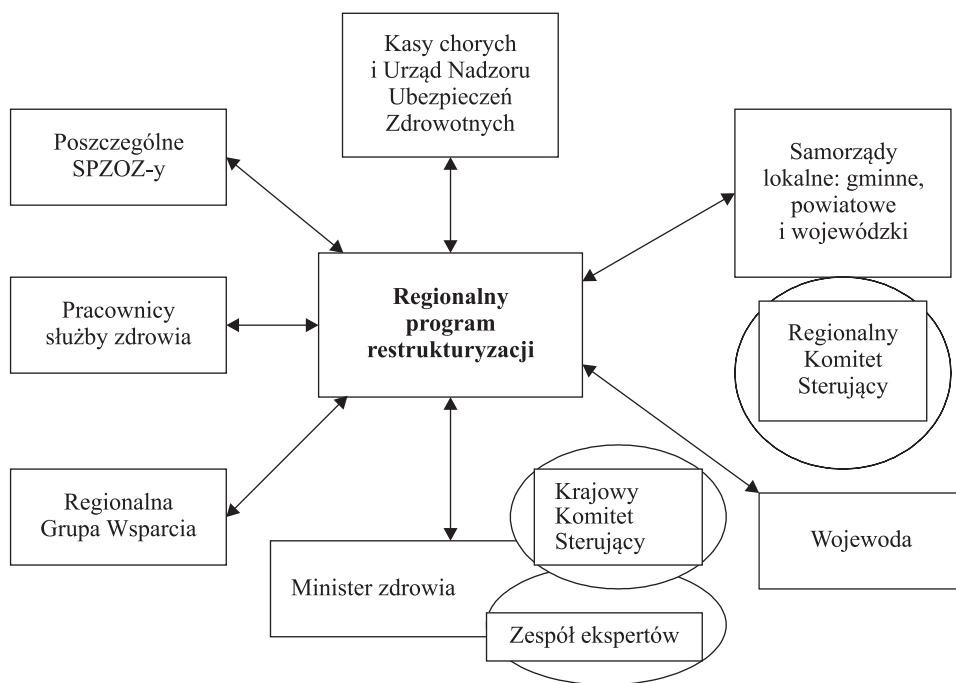
² Wersja z dnia 21 lutego 2001 roku, zgodna z wnioskami Konwentu Marszałków i Wojewodów, szerzej na www.mz.gov.pl/dzialania/oslonowe w latach 1999-2003.

³ Minister zdrowia określił niezbędne minimum łóżek szpitalnych w skali województwa według następujących wskaźników: 40 łóżek na 10 000 mieszkańców dla oddziałów opieki krótkoterminowej do 2002 roku, 7 łóżek na 10 000 mieszkańców dla szpitali/oddziałów psychiatrycznych do 2002 roku.

specjalistycznej opieki oraz ratownictwa medycznego miał na celu zapewnić wysokiej jakości usług zdrowotnych przy optymalnym wykorzystaniu środków. W celu wsparcia *Programu restrukturyzacji*, Ministerstwo powołało Regionalne Grupy Wsparcia, których głównym zadaniem było zgromadzenie i analiza danych oraz opracowanie wersji wstępnej regionalnych programów restrukturyzacji. Konieczne stały się konsultacje z samorządami lokalnymi, pomoc dla uczestników *Programu* w jego wdrożeniu oraz monitorowanie i zbieranie informacji o efektach projektu. Partnerów wspierających tworzenie regionalnego programu restrukturyzacji przedstawia rysunek 3.6.

Należy podkreślić, że koszty restrukturyzacji (obejmujące odprawy i odszkodowania za skrócony okres wypowiedzenia dla zwalnianych pracowników) oraz niektóre wydatki inwestycyjne były finansowane ze środków budżetowych już w 1999 roku. Jednak program przyjęty do realizacji w 2000 roku zawierał odmienną metodykę ich podziału, przewidującą tworzenie regionalnych programów restrukturyzacji.

Założono, że środki z rezerwy celowej budżetu państwa zostaną przeznaczone na realizację zadań związanych z restrukturyzacją zakładów opieki



Rysunek 3.6. Partnerzy wspierający tworzenie regionalnego programu restrukturyzacji

Źródło: *Program restrukturyzacji 2000*.

zdrowotnej. Jednocześnie 70% środków przyznanych regionowi miało zależeć od liczby mieszkańców, a pozostałe 30% od jakości programu⁴. W programie przewidziano możliwość finansowania restrukturyzacji zatrudnienia jeszcze przed przyjęciem regionalnych programów restrukturyzacji [Karkowski 2012, s. 16]. Z budżetu programu mogły być pokryte jedynie koszty odpraw i odszkodowań naliczone zgodnie z obowiązującym prawem, nie mogły być pokrywane koszty nagród, ekwiwalenty za zaległe urlopy czy też inne zobowiązania wobec pracowników. Z programu nie mogło być pokryte także zadłużenie zakładu.

W 2001 roku rozpoczęto realizację *Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001. Kontynuacja Programu z roku 1999 i 2000*. Program został zatwierdzony w postaci Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 roku, w *sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001–2002*⁵. Celem programu było wspieranie rozwoju społeczno-gospodarczego kraju oraz poszczególnych jego obszarów. Priorytetem stały się wzmacnianie konkurencyjności, wzrost poziomu życia i spójności społecznej, gospodarczej oraz przestrzennej zarówno w relacjach wewnętrznych, jak i z państwami i regionami Wspólnoty Europejskiej [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 roku, Rozdział 2 § 3]. Wśród priorytetów, które mogły być realizowane w ramach programów wojewódzkich, pojawiły się: (1) rozbudowa i modernizacja infrastruktury służącej wzmacnianiu konkurencyjności województw, (2) restrukturyzacja bazy ekonomicznej województw i tworzenie warunków jej dywersyfikacji, (3) rozwój zasobów ludzkich poprzez zwiększanie zatrudnienia, (4) rozwój zasobów ludzkich poprzez edukację, (5) wsparcie obszarów wymagających aktywizacji i zagrożonych marginalizacją oraz (6) rozwój współpracy regionów poprzez rozwój współpracy przygranicznej. W 2001 roku zmienił się podział środków na regiony. O ile w okresie 1999–2000 70% środków przyznanych regionowi miało zależeć od liczby mieszkańców, a pozostałe 30% od jakości programu, o tyle w 2001 roku do udziału w podziale środków dopuszczone zostały jedynie te regionalne programy, które spełniały pewne stawiane wymagania: 51,7% środków zostało przyznanych według liczby ludności w poszczególnych regionach, a 48,3% środków zostało przyznanych przez

⁴ Rozważano wiele wskaźników, na podstawie których można ustalić algorytm przyznawania środków (według liczby zakładów, pracowników, łóżek i ich wykorzystania, liczby świadczeń, stosunku liczby usług możliwych do wykorzystania do liczby usług zakontraktowanych, stosunku wysokości kontraktów do kosztów zakładu). Ostatnio jednak podjęto decyzję, że rzetelna i wiarygodna jest liczba ludności danego województwa. W ten sposób 70% środków było podzielone na województwa według liczby mieszkańców, a 30% środków zostało przyznana w zależności od jakości programu. W tym wypadku jednym z podstawowych kryteriów była liczba likwidowanych łóżek oraz proporcjonalny udział w programie zakładów, dla których organami założycielskimi są samorządy – wojewódzki, powiatowy, gminny.

⁵ Program został zatwierdzony na podstawie art. 13, ust. 1 Ustawy z dnia 12 maja 2000 o zasadach wspierania rozwoju regionalnego.

ministra zdrowia w zależności od jakości programu⁶. Jeśli regionalny program nie spełniał wymagań, minister zdrowia wskazywał zadania, które mogły być finansowe z przydzielonych środków.

Podstawą do realizacji *Programu działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia 2002* był § 15 c, ust. 8, stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 roku w sprawie przyjęcia *Programu wsparcia na lata 2001–2002*. W *Programie działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 2002 roku* uwzględniono uwagi wniesione przez Najwyższą Izbę Kontroli oraz Komisję Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Dotyczyły one nierównego potraktowania poszczególnych województw przy przekazywaniu środków finansowych w 2001 roku. Z tego powodu doszło do zatrzymania realizacji programu wskutek przyjęcia Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001 roku, w sprawie *blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001*. Rozporządzenie to wprowadziło zakaz dysponowania do końca 2001 roku środków finansowych w wysokości 220 mln zł na realizację programu, a w konsekwencji wstrzymało finansowanie działań restrukturyzacyjnych w większości województw objętych tym programem. Blokada spowodowała, że w 2001 roku 6 województw otrzymało powyżej 80% zaplanowanych środków z programu, 10 województw poniżej 40%, a pozostałe około 15%. Przy podejmowaniu decyzji kierowano się zasadą (określoną w art. 93, ust. 4 Ustawy z dnia 26 listopada 1998 rok o finansach publicznych) o wykluczeniu prawa do ubiegania się o przyznanie dotacji przez kolejne trzy lata w wypadku wykorzystania dotacji niezgodnie z jej przeznaczeniem. W trakcie przekazywania środków zwracano uwagę nie tylko na prawidłowe i szczegółowe określenie w umowie zadań do realizacji, precyzyjne określenie formy, w jakiej powinno być przygotowane sprawozdanie z realizacji umowy, ale także na wykazanie szczególnej dbałości o zachowywanie terminów przy przekazywaniu środków finansowych i przy prowadzeniu procedur z zakresu zamówień publicznych (ze zwróceniem szczególnym uwagi na ich odpowiednie udokumentowanie) oraz wnikliwej kontroli realizacji oraz rozliczenia umowy [*Program działań 2002*].

Podstawą prawną do realizacji *Programu działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2003* był art. 43 c, ust. 1, pkt 3 Ustawy z dnia 26 listopada 1998 roku o *dochodach jednostek samorządu terytorialnego w latach*

⁶ W ogólnej kwocie, 51,7% środków zostało przyznanych według liczby ludności w poszczególnych regionach. Środki te były gwarantowane dla poszczególnych regionów pod warunkiem przygotowania programu, z wyłączeniem jednostek o charakterze ponadregionalnym (szpitale kliniczne, instytutów, szpitale podlegających ministrowi obrony narodowej oraz ministrowi spraw wewnętrznych i administracji); 48,3% środków zostało przyznanych przez ministra zdrowia w zależności od jakości programu, skali problemów danego regionu w porównaniu z innymi regionami oraz skali planowanych przedsięwzięć restrukturyzacyjnych, a także w zgodności z polityką ministra zdrowia, z uwzględnieniem szpitali klinicznych, instytutów i szpitali podlegających ministrowi obrony narodowej oraz ministrowi spraw wewnętrznych i administracji.

1999–2003, § 15 c ust. 8 *Programu wsparcia na lata 2000–2003*, stanowiącego załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 roku w sprawie przyjęcia *Programu wsparcia na lata 2001–2003*, oraz Ustawa z dnia 26 listopada 1998 roku o *finansach publicznych*. Celem programu była pomoc w realizacji systemowych działań restrukturyzacyjnych podejmowanych w ochronie zdrowia. Działania, te w szczególności obejmowały wprowadzenie wspólnej administracji dla obiektów udzielających świadczeń zdrowotnych przy łączeniu jednostek z jednoczesną redukcją kosztów administracyjnych i logistycznych. Konieczne było zaprzestanie eksploatacji przynajmniej jednej nieruchomości przez zakład opieki zdrowotnej, łącznie z przejściem tej nieruchomości przez organ założycielski lub jej sprzedaż. Decyzja taka powinna nastąpić w szczególności wówczas, gdy użytkowane obiekty nie spełniały norm przewidzianych odrębnymi przepisami dla zakładów opieki zdrowotnej. Działania podejmowane w ramach programu obejmowały także lepsze wykorzystanie istniejącej bazy lokalowej i diagnostycznej poprzez integrację świadczeniodawców, większe obciążanie istniejących jednostek, przeniesienie zadań i kadry medycznej do jednostek lepiej zintegrowanych i udzielanie świadczeń przez personel medyczny w ramach jednostki powiększonej (zintegrowanej). Celem programu była również redukcja komórek organizacyjnych i personelu administracyjnego oraz pomocniczego, co rzutowało na koszty udzielania świadczeń [*Program działań 2003*]. Dofinansowaniem z rezerwy celowej objęte były koszty prowadzonych działań w części obejmującej odprawy i odszkodowania wypłacane pracownikom, których stanowiska pracy uległy likwidacji⁷.

W celu właściwego gospodarowania środkami pochodzącymi z programu restrukturyzacji przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej wprowadzono większą kontrolę wydatkowania tych środków. W związku z tym przyznanie środków publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej miało się łączyć z przyjęciem przez organ założycielski zobowiązania do skontrolowania zakładu opieki zdrowotnej i przekazania do Regionalnego Komitetu Sterującego (RKS) i ministra zdrowia protokołu pokontrolnego i informacji na temat realizacji zaleceń pokontrolnych. Jednocześnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które uzyskały środki finansowe w trakcie realizacji programu, przekazywały Regionalnym Komitetom Sterującym sprawozdania merytoryczne i finansowe. Sprawozdania te były podstawą do przygotowania przez przewodniczącego RKS sprawozdania z realizacji

⁷ Dofinansowanie przyznane było w wysokości odpowiadającej wysokości odpraw wypłacanych zgodnie z Ustawą z dnia 28 grudnia 1989 roku o szczególnych zasadach rozwiązywania umów o pracę z pracownikami z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy, przy czym nagrody jubileuszowe, ekwiwalenty za zaległy urlop i inne zobowiązania wynikające z kodeksu pracy i zakładowych regulaminów wynagradzania nie mogły być finansowane z dotacji pochodzącej z rezerwy celowej. Do finansowania z programu kwalifikowały się jedynie koszty odpraw i odszkodowań, związane z likwidacją placówek objętych integracją lub likwidacją komórek organizacyjnych w zakładach [*Program działań 2003*].

programu w województwie. Zbiorcze sprawozdania były przekazane właściwemu wojewodzie i ministrowi zdrowia do końca stycznia 2004 roku [*Program działań 2003*].

Podsumowanie działań restrukturyzacyjnych w latach 1999–2003 znalazło swoje odzwierciedlenie w raporcie *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – zielona księga*. Od 1999 roku zrealizowano programy działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia oraz program zintegrowane ratownictwo medyczne, program dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Pakiet Aktywizacji Zawodowej, Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia. Wydatki budżetowe na ochronę zdrowia ogółem miały wyraźną tendencję spadkową. Zaobserwowano istotne obniżenie poziomu wydatków budżetowych w 2000 roku w stosunku do 1999 roku oraz w 2002 roku w stosunku do 2001 roku. Zjawisko to wystąpiło w rezultacie ograniczenia zakresu finansowania programów polityki zdrowotnej oraz programów osłonowych i restrukturyzacyjnych. Jak podkreśla wspomniany *Raport*, w 2000 roku nastąpiło przesunięcie części zadań z zakresu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego z administracji rządowej do kas chorych. W 2002 roku niektóre wysoko specjalistyczne procedury medyczne zostały przekazane do finansowania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wraz ze wzrostem finansowania ochrony zdrowia ze składki, nastąpiło zmniejszenie finansowania z budżetu państwa. W okresie 1999–2003 wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia obniżyły się tylko w ujęciu nominalnym o ponad 40%. Raport wskazuje, że wydatki jednostek samorządów terytorialnych w dziale ochrony zdrowia obejmowały trzy obszary aktywności: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz opiekę społeczną. Udział poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu tych obszarów był różny. O ile wydatkowanie środków na zdrowie publiczne i opiekę społeczną (związaną ze zdrowiem) było zadaniem obligatoryjnym, o tyle finansowanie opieki zdrowotnej miało charakter fakultatywny [Golinowska 2004, s. 24–27].

Przedstawione powyżej programy restrukturyzacyjne zostały skontrolowane przez Najwyższą Izbę Kontroli. W *Informacji o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia* stwierdzono, że w ramach realizacji programów restrukturyzacji sfinansowano część kosztów odpraw i odszkodowań wypłacanych pracownikom zwalnianym z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zakup aparatury medycznej oraz wykonano niektóre prace remontowe i modernizacyjne (w trakcie realizacji programu zwolniono 92 tys. pracowników z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a na wypłaty i odszkodowania za skrócony okres wypowiedzenia przekazano z budżetu państwa 294 mln zł).

Według szacunków Ministerstwa Zdrowia połowa z tych pracowników znalazła zatrudnienie w sektorze niepublicznym. Wydatki te miały zwiększyć efektywność funkcjonowania zakładów, przyczynić się do poprawy jakości udzielanych świadczeń, doprowadzić do przekształcenia nadwyżki krótkoterminowych łóżek

Tabela 3.6. Wydatki budżetu państwa na realizację programów restrukturyzacji w latach 1999–2003

Rok	Kwota (w mln zł)
1999	338,8
2000	354,0
2001*	173,5
2002	120,0
2003**	60,0
Razem	1046,3

* W ustawie budżetowej na rok 2001 na realizację programu restrukturyzacji ochrony zdrowia zabezpieczono kwotę 393,5 mln zł. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2001 roku w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001 zablokowało między innymi wydatki ujęte w ustawie budżetowej na rok 2001 w części 83 – Rezerwy celowe, poz 29 – Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia, w wysokości 220 mln zł, co stanowiło 56% całej rezerwy. Faktycznie uruchomiona kwota wynosiła 173,5 mln zł.

** Na realizację programu w ustawie budżetowej na rok 2003 zabezpieczono środki finansowe w wysokości 170 mln zł, w tym 110 mln zł pod warunkiem spełnienia przesłanek określonych w art. 49 ustawy budżetowej na 203 rok [Ustawa budżetowa na rok 2003 z dnia 18 grudnia 2002 r., Dz.U.Nr 235, poz. 1981]. W wyniku niespełnienia tych warunków kwota przeznaczona na restrukturyzację wyniosła tylko 60 mln zł.

Źródło: Karkowski 2012, s. 216.

w łożka długoterminowe, osiągnięcia optymalnego wskaźnika ich wykorzystania, zahamowania procesu zadłużenia oraz poprawy gospodarowania posiadanym majątkiem. W ocenie NIK niewystarczające efekty realizacji programu restrukturyzacji⁸ były konsekwencją czynników zewnętrznych oraz metodologii zastosowanej przez ministerstwo zdrowia przy jego realizacji. Szczególnie podkreślano brak nadzoru nad realizacją programu z powodu niewypracowania wskaźników, które miały być osiągnięte [NIK 2004, s. 6]. We wnioskach końcowych NIK zwróciła uwagę na konieczność precyzyjnego zdefiniowania celów realizowanego programu restrukturyzacji oraz określenia mierników na poziomie organów założycielskich, pozwalających na monitorowanie i ocenę wprowadzanych zmian. *Raport* podkreślił, konieczność podjęcia inicjatywy ustawodawczej w celu ustalenia

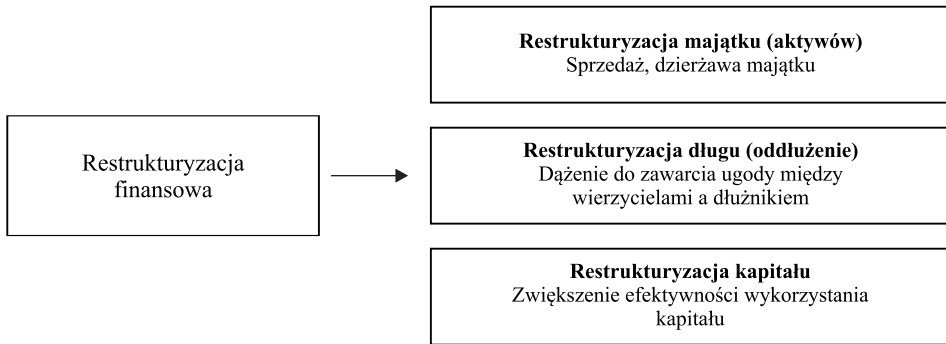
⁸ W stosunku do programu restrukturyzacji na 1999 rok negatywnie oceniono brak metodologii weryfikacji otrzymanych wniosków o przyznanie dotacji na restrukturyzację przez Ministerstwo Zdrowia oraz nierzetelne wykonywanie prac przez powołany w ministerstwie zespół zajmujący się ich rozpatrywaniem. W 2000 roku stwierdzono naruszenia przepisów Ustawy z dnia 10 czerwca 1994 roku o zamówieniach publicznych w procedurze wyłaniania przez Ministerstwo firm konsultingowych, które wspierały realizację programu w poszczególnych regionach kraju. Wykonane przez te podmioty prace eksperckie nie zostały właściwie wykorzystane w trakcie realizacji programu. W latach 2001–2002 przy realizacji programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne naruszono przepisy Ustawy z dnia 26 listopada 1998 roku o finansach publicznych. Postanowienia tej ustawy ministerstwo zdrowia naruszyło również w 2002 roku, przekazując środki na wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach programu restrukturyzacji pięciu jednostkom samorządowym, które wydatkowały część środków programu przeznaczonych na ten cel w 2001 roku niezgodnie z przeznaczeniem [NIK 2004, s. 45].

zakresu i standardów świadczeń zdrowotnych, które są finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zwrócono uwagę na konieczność pilnego wdrożenia regulacji prawnych tworzących krajową sieć szpitali, podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia przepisów regulujących proces łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zapewnienie zgodności i spójności regulacji dotyczących księgowania dotacji (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i ustawa o rachunkowości). Szczególna uwaga została zwrócona na wzmocnienie i usprawnienie nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej [NIK 2004, s. 12–13]. M. Mikietyński dowodzi, że restrukturyzacja zatrudnienia w dłuższym okresie nie przynosi jednak dobrych wyników, gdyż roztrwania bezpowrotnie posiadany potencjał. Przyjmując, że najważniejszym kapitałem każdej organizacji są pracownicy, ich wiedza, doświadczenie, często niepowtarzalne umiejętności, zwalnianie ich powinno być krokiem ostatecznym. Zarządzający, którzy myślą perspektywicznie i dbają o swoich pracowników, powinni poszukiwać dla chwilowo niepotrzebnych osób innych form zatrudnienia, przekwalifikowując ich, przenosząc na inne stanowiska, do innych komórek organizacyjnych lub poszukując pracodawców, którzy ich zatrudnią. Niestety, tzw. *outplacement*, czyli wsparcie udzielane przez pracodawców w trudnym procesie zmian w zatrudnieniu, nie jest jeszcze zjawiskiem masowym [Mikietyński 2008, s. 170–171].

3.3. Problematyka restrukturyzacji finansowej w programach Ministerstwa Zdrowia

Kolejnym rodzajem możliwości prowadzenia działań restrukturyzacyjnych jest restrukturyzacja finansowa. Jak podkreśla C. Suszyński, obejmuje ona działania w sferze materialnej, planowanie i zarządzanie finansami, które prowadzi do zwiększenia możliwości finansowych lub w razie utraty płynności firmy – do jej przywrócenia. Ma ona na celu zapewnienie bieżącej płynności finansowej polegającej między innymi na ułożeniu takich stosunków z dostawcami i odbiorcami oraz instytucjami finansowymi, przy których poziom należności i zobowiązań przedsiębiorstwa umożliwia jego funkcjonowanie [Suszyński 2003, s. 38] (rysunek 3.7).

Ze względu na rosnące zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o restrukturyzacji finansowej. Decyzja ta była podyktowana stworzeniem warunków do racjonalizacji wydatkowania środków finansowych, a więc koniecznością poprawy wskaźników ekonomiczno-finansowych. Jakikolwiek działania naprawcze, a w szczególności poprawę jakości zarządzania, można bowiem wprowadzić pod warunkiem posiadania przez zakład płynności finansowej. Zadłużenie w latach 1997–2002, przedstawia tabela 3.7.



Rysunek 3.7. Restrukturyzacja finansowa

Źródło: Bitkowska 2010, s. 59.

Łącznie restrukturyzacja zadłużenia jednostek ochrony zdrowia w latach 2000–2001 pochłonęła ponad 8 mln zł. Na uwagę zasługuje radykalne zwiększenie wymagalnego długu jednostek ochrony zdrowia w okresie bezpośrednio poprzedzającym reformę systemu ochrony zdrowia o kwotę około 3,7 mld zł w 1998 roku, z czego niemal 2 mld zł stanowił przyrost należności za leki. Z powyższego wynika, że świadomość zapowiadanego oddłużania jednostek opieki zdrowotnej, w związku z ich usamodzielnieniem w wyniku reformy systemu ochrony zdrowia, skłoniła do powszechnego łamania dyscypliny budżetowej i zadłużania się [Golinowska 2004, s. 24–27].

W 2003 roku Ministerstwo Zdrowia opracowało dokument pod tytułem *Program restrukturyzacji i pomocy publicznej oraz przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej spółki użyteczności publicznej. Program dla jednostki samorządu terytorialnego pełniącego rolę podmiotu, który utworzył zakład*. W programie tym przedstawiono między innymi sposoby realizacji restrukturyzacji finansowej oraz organizacyjnej. Podkreślono, że w procesie restrukturyzacji finansowej mogły uczestniczyć publiczne zakłady opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8, ust. 2 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej prowadzone w formie publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania określone w art. 1, ust. 2, pkt 1 tej ustawy, zatrudniające na dzień 31 marca 2003 roku, powyżej 50 osób. Restrukturyzacja finansowa mogła wówczas obejmować: zobowiązania publicznoprawne⁹,

⁹ Umorzeniu mogły podlegać zobowiązania publicznoprawne wraz z odsetkami z tytułu: podatku wobec budżetu państwa oraz należności celnych, składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne, zobowiązań wobec PFRON, opłat za korzystanie ze środowiska oraz za szczególne korzystanie z wód oraz administracyjnych kar pieniężnych, opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa, odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia oraz kosztów egzekucyjnych od ww. zobowiązań [Informacja z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku].

Tabela 3.7. Zadłużanie wymagalne jednostek ochrony zdrowia w latach 1997–2002

Rok	Zadłużenie na 31 grudnia (w mln zł)	Indeks (rok poprzedni =100)	Uwagi
1997	2800,0	.	39% – zadłużenie z tytułu leków dla uprawnionych, wykazane w budżetach wojewodów
1998	6486,3	231,7	Zadłużenie ochrony zdrowia stanowiło 93% ogółu zobowiązań wymagalnych sektora instytucji rządowych 47% udziału stanowiło zadłużenie z tytułu leków dla uprawnionych, wykazane w budżetach wojewodów
1999	8400,3	129,5	Zobowiązania powstałe w 1999 roku wyniosły 1270,5 mln zł, a z lat ubiegłych – 7129,8 mln zł. Zobowiązania wymagalne w budżetach wojewodów z tytułu leków dla uprawnionych (rozdział 8591) w 1999 roku wyniosły 4278,9 mln zł i stanowiły 53,8% zobowiązań wymagalnych w dziale 85
2000	977,6	11,6	Skonwertowano na obligacje lub słacono, poprzez dokonanie bezpośredniego wykupu ze środków budżetowych, zobowiązania ochrony zdrowia wartości 7867,1 mln zł, ponadto dokonano kompensat zobowiązania byłych państwowych jednostek budżetowych wobec urzędów skarbowych zobowiązaniami podatkowymi na kwotę 280,7 mln zł
2001	263,9	27,0	–
2002	132,1	50,1	–

Źródło: Na podstawie analiz wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej oraz pracy: Białynicki-Birula 2006, s. 145–146.

zobowiązania cywilnoprawne, indywidualne roszczenia pracowników wynikające z art. 4 a Ustawy z dnia 16 grudnia 1994 rok *o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw*, powstałe w okresie od dnia 1 stycznia 1999 roku do dnia 31 marca 2003 roku według ich stanu na dzień 31 marca 2003 roku [*Program restrukturyzacji 2003*, s. 3].

W 2006 roku Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia opracował raport dotyczący zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Raport wskazywał, że według stanu na koniec września 2005 roku zobowiązania wymagalne wynosiły 5,8 mld zł i wzrosły ponaddwukrotnie od 2001 roku¹⁰. Z ogólnej kwoty zadłużenia największe

¹⁰ Pod uwagę zostały wzięte zobowiązania wymagalne w latach 2001–2005 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz samodzielniepublicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostki centralne – dane pochodzą ze sprawozdań zebranych przez Ministerstwo Finansów na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie rodzajów i zasad sporządzania

zobowiązania wymagalne dotyczyły: zobowiązań publicznoprawnych (41,9%), zobowiązań wobec dostawców leków i materiałów medycznych (19,6%), zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych (8,5%) i zobowiązań wobec pracowników (7,9%). Pozostałe zobowiązania z tytułu prowadzonej działalności stanowiły 12%. Raport wskazywał także, że problem wpływu zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej i braku płynności finansowania oraz trudności w bieżącym zarządzaniu długiem nierozdzielnie wiąże się z uaktywnieniem działalności wierzycieli i dochodzeniem ich roszczeń na drodze sądowej. Nasiliło się bowiem egzekwowanie należności od SPZOZ-ów w drodze zajęć komorniczych bezpośrednio z aktywów SPZOZ-ów, jak i poprzez płatnika świadczeń zdrowotnych – kasy chorych/NFZ. Tymczasem przychody osiągnięte przez SPZOZ-y pochodziły z kontraktów zawieranych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Stanowiły one około 82% przychodów. Na pozostałe przychody składały się: świadczenia finansowane przez ministerstwo w ramach procedur wysoko specjalistycznych i programów polityki zdrowotnej, finansowanie zadań przez jednostki samorządu terytorialnego, opłaty wnoszone przez osoby fizyczne, darowizny, przychody z wydzielonej działalności gospodarczej, dotacje budżetowe, w tym na inwestycje, i inne dochody. W latach 2000–2006 środki publiczne na ochronę zdrowia w ujęciu normatywnym wzrastały z roku na rok (z wyjątkiem 2003 roku) w tempie zależnym od wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne (7,5% w 2000 roku, 7,75% w latach 2001–2002, 8% w 2003 roku, 8,25% w 2004 roku, 8,5% w 2005 roku oraz 8,75% w 2006 roku). Mimo nominalnego wzrostu środków na ochronę zdrowia, ich udział w relacji do PKB utrzymywał się na stosunkowo niezmiennym poziomie około 4% [*Zadłużenie 2006*, s. 4, 20 i n.]. Najistotniejszą częścią raportu była diagnoza przyczyn rosnącego zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z kontrolą przeprowadzoną przez Najwyższą Izbę Kontroli, spadek wartości wyniku finansowego zakładów opieki zdrowotnej miał następujące przyczyny [Informacja o wynikach kontroli 2003]:

- Niezrównoważenie kosztów i zmniejszenie się przychodów, co spowodowane było zmniejszeniem liczby świadczeń kontraktowanych przez kasy chorych, które prowadziły konsekwentną politykę finansową nastawioną na ograniczenie wydatków, zgodnie z zasadą samofinansowania ubezpieczenia zdrowotnego, realizowaną poprzez równoważenie kosztów z przychodami i zaciąganiem zobowiązań wobec świadczeniodawców w granicach planów finansowych kas chorych.
- Zgodnie z art. 7 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, żadne okoliczności nie mogły stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca potrzebowała

sprawozdań w zakresie państwowego długu publicznego oraz poręczeń i gwarancji jednostek sektora finansów publicznych [*Zadłużenie 2006*, s. 4, 20].

- udzielenia świadczeń, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zakłady były więc zmuszone do udzielania świadczeń niezależnie od wartości zawartych kontraktów, ponosząc nierefundowane koszty.
- SPZOZ-y były także zobowiązane do udzielania świadczeń osobom spoza systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, również tym, którzy nie mieli możliwości zapłacenia (osobom bezdomnym i cudzoziemcom).
 - Niejednolity system zawierania kontraktów przez kasy chorych przed utworzeniem NFZ przyczyniał się do nieuzasadnionego różnicowania poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych, a tym samym powodował pogorszenie sytuacji finansowej niektórych zakładów opieki zdrowotnej.
 - W latach 2003–2004 występowały problemy z kontraktowaniem świadczeń i alokacją środków na poszczególne regiony. Odnosiło się to przede wszystkim do różnicowania ceny podstawowej jednostki rozliczeniowej (punktu) stosowanej w kontraktowaniu świadczeń szpitalnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu. Często ceny proponowane przez Fundusz były nieadekwatne w stosunku do rzeczywistych kosztów realizacji. Istotnym czynnikiem wpływającym na zadłużanie się jednostek była także przyjęta alokacja środków pomiędzy poszczególne oddziały, nieuwzględniająca w pełni przepływu pacjentów do zakładów poza granicami województwa właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.
 - Zły stan techniczny budynków szpitali bez możliwości inwestowania oraz nadmierna eksploatacja sprzętu spowodowały dekapitalizację bazy sprzętowej i ponoszenie znacznych kosztów związanych z naprawą lub odnowieniem. Zakłady nie uzyskiwały na ten cel wystarczających środków finansowych od swoich organów założycielskich. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie miały ustalonego wzorcowego rachunku kosztów zakładów opieki zdrowotnej w układzie rodzajowym. Na podstawie dotychczasowego rachunku kosztów nie można było w sposób obiektywny ocenić, czy świadczeniodawca prowadził właściwą gospodarkę finansową. Pochodną tego zjawiska było to, że ceny wynikające z kontraktów z płatnikiem nie pozostawały w związku z kosztami, a niejednokrotnie wykonywane usługi były nierentowne;
 - Na wzrost zobowiązań zakładów wpływały także obciążenia z tytułu podatku od nieruchomości, który od 2002 roku liczony był według najniższej stawki, tak jak dla działalności gospodarczej oraz brak możliwości odliczenia podatku VAT.
 - Problem narastania zadłużenia szczególnie był widoczny w regionach, w których występowała zbyt duża koncentracja szpitali publicznych nieuwzględniająca geograficznego i zadaniowego charakteru dostępności do świadczeń.
 - Nieefektywne wykorzystanie łóżek szpitalnych, między innymi z powodu ich nadmiaru oraz braku racjonalnie prowadzonej restrukturyzacji, nieprzystosowania organizacyjnego do zmieniających się warunków ekonomicznych, społeczno-demograficznych i epidemiologicznych. NIK [2003] wykazała, że

działania restrukturyzacyjne były podejmowane nieracjonalnie i nie przynosiły poprawy.

- W ramach realizacji *Programu restrukturyzacji i przekształceń systemowych w latach 1999–2003* sfinansowano część kosztów odpraw i odszkodowań wypłacanych pracownikom zwalnianym z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zakup aparatury medycznej oraz wykonanie niektórych prac remontowych i modernizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej [NIK 2004]. Restrukturyzacja realizowana w ramach tego programu nie doprowadziła w znacznej części jednostek do przekształcenia nadwyżki krótkoterminowych łóżek szpitalnych w łóżka długoterminowe, osiągnięcia optymalnego wskaźnika ich wykorzystania, zahamowania procesu zadłużenia ani poprawy gospodarowania posiadanym majątkiem.
- Regulacje prawne nie wymuszały na organach założycielskich decyzji co do zmiany formy organizacyjno-prawnej i przekształcenia zadłużonego zakładu w zakład budżetowy.
- Brakowało skutecznych mechanizmów zarządzania wprowadzanych w zakładach i właściwego nadzoru organów założycielskich oraz faktycznej odpowiedzialności za powstałe zobowiązania SPZOZ. Jednostki samorządu terytorialnego zaniedbywały podejmowanie działań dyscyplinujących kierownika zakładów opieki zdrowotnej.
- Narastający od 2001 roku poziom zobowiązań stał się przyczyną dynamicznego rozwoju wtórnego obrotu wierzytelnościami ochrony zdrowia realizowanego przez prywatne firmy specjalizujące się w skupie zobowiązań. Dodatkowo koszty finansowe w formie odsetek od przyjętych zobowiązań pogłębiały zapas finansową.
- Liczba świadczeń zdrowotnych była limitowana wielkością kontraktu oraz brakowało zapłaty za nadwykonania¹¹.

Ze względu uwagi na rosnące zadłużenie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w dniu 15 kwietnia 2005 roku Sejm RP uchwalił *ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. Ustawa przewidywała restrukturyzację powstałych w okresie od 1 stycznia 1999 roku do 31 grudnia 2004 roku zobowiązań publicznoprawnych i cywilnoprawnych oraz indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z ustawy 203 (rysunek 3.8). W celu uzyskania środków na restrukturyzację finansową zakład mógł zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa, emitować obligacje oraz zaciągać kredyty bankowe. Zgodnie z art. 8 Ustawy budżetowej z dnia 25 stycznia 2007 roku minister finansów upoważniony został do udzielenia ze środków budżetu państwa wypłat z tytułu pożyczek udzielonych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostkom badawczo-rozwojowym, do kwoty 700 tys. zł,

¹¹ Zgodnie ze sprawozdaniem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za 2004 r., wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit w 2004 r. wynosiła 787,1 mln zł.

przy jednoczesnym założeniu, że suma dokonanych wypłat z tego tytułu w latach budżetowych 2005, 2006 i 2007 nie przekroczy łącznej kwoty 2200 mln zł [*Informacja z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku*]. Ministerstwo Zdrowia, analizując poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (na podstawie danych uzyskiwanych od wojewodów, uczelni medycznych, MON, MSWiA i jednostek nadzorowanych przez ministra zdrowia), określiło, że łączna wartość wszystkich zobowiązań w skali kraju wyniosła według stanu na 30 czerwca 2007 roku 10 104,9 mln zł, a zobowiązania wymagalne – 3621,0 mln zł¹².

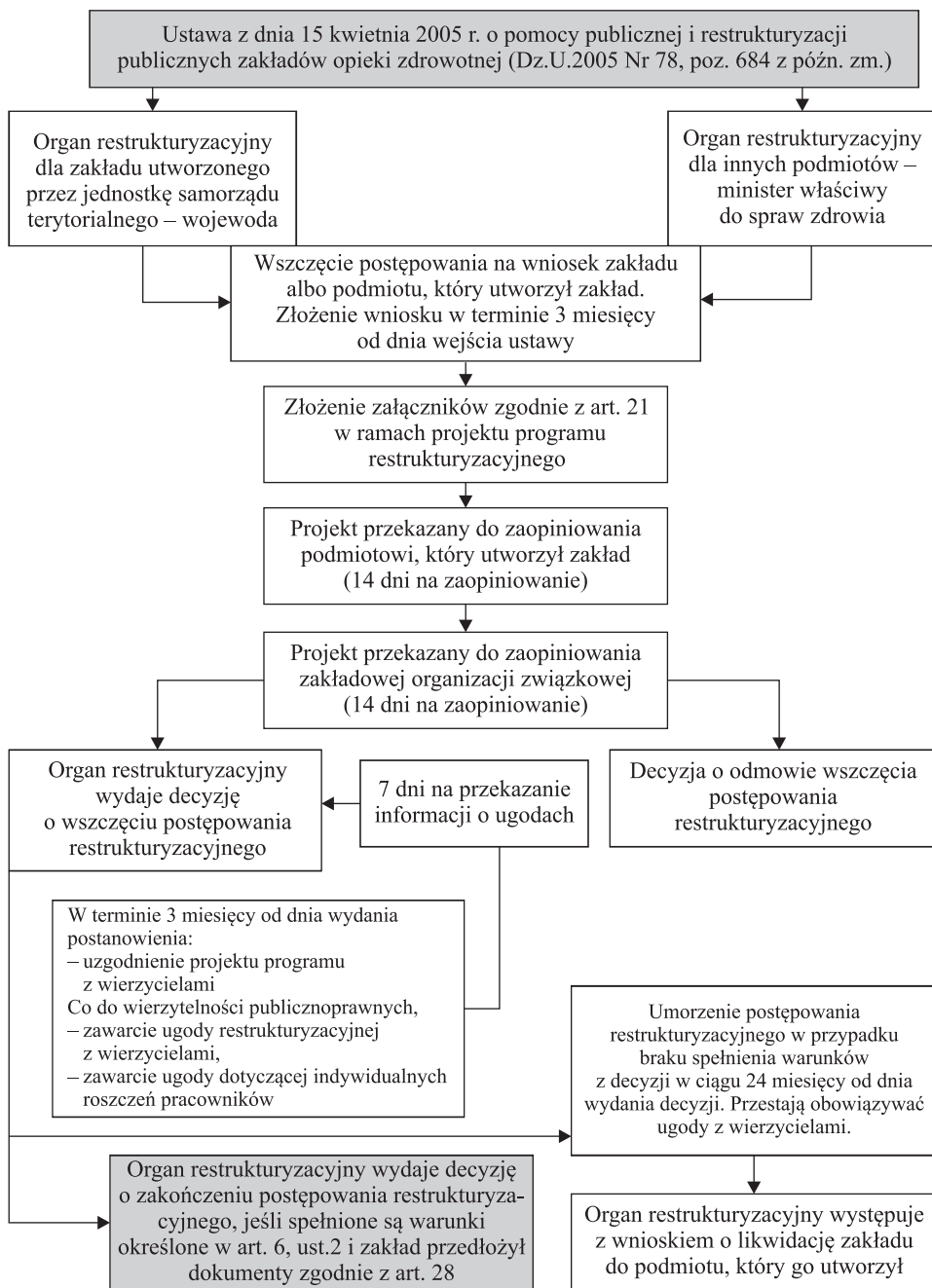
Analizując dynamikę zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2007, można było zauważyć, że największy przyrost zadłużenia miał miejsce w połowie 2004 roku. Zobowiązania wymagalne wzrosły w tym okresie o ponad 1 mld zł. W drugiej połowie 2004 roku oraz w I kwartale 2005 roku nastąpiło wyhamowanie tempa wzrostu zadłużenia, natomiast od drugiej połowy 2005 roku rozpoczął się systematyczny spadek wartości zobowiązań, które na przestrzeni dwóch lat (30.06.2005 – 30.06.2007) spadły o 2,62 mld zł. Należy również zauważyć, że systematycznie rosła liczba jednostek niezadłużonych i według stanu na 30 czerwca 2007 roku jednostki bez zobowiązań wymagalnych stanowiły 53% wszystkich samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.

W toku realizacji postępowań restrukturyzacyjnych zauważono ryzyko niespełnienia przez zakłady opieki zdrowotnej zobowiązań wynikających z ustawy. Dyrektorzy zgłaszali zagrożenia związane z brakiem płynności finansowej, niemożnością refinansowania zobowiązań z tytułu tzw. „ustawy 203” oraz zaniżanie w przeszłości kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Odczuwalny był także niedostatek finansowania w 100% nadwykonań świadczonych usług medycznych w zakresie procedur ratujących życie, duże obciążenia z tytułu postępowań egzekucyjnych, zawieszono postępowania sądowe (pозwany NFZ), które nie zakończą się z terminie restrukturyzacji, a także brak zgody organu założycielskiego na poręczenie kredytu bankowego. Kolejnymi zagrożeniami był brak środków na uregulowanie odsetek od wynagrodzeń dla byłych pracowników zakładów opieki zdrowotnej, duże zaległości w regulowaniu „trzynastych” pensji z lat 2000–2003, oraz wysokie koszty dostosowania budynków do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 czerwca 2005 roku. Dyrektorzy wskazywali także wysokie roszczenia płacowe – zagrożenie akcją strajkową.

¹² Z łącznej kwoty zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w wysokości 3621,0 mln zł (według stanu na dzień 30 czerwca 2007 roku) największe zobowiązania dotyczyły: zobowiązań publicznoprawnych – 1394,9 mln zł; zobowiązań wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 909,4 mln zł; zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych – 362,4 mln zł; zobowiązań wobec dostawców sprzętu i aparatury medycznej – 210,3 mln zł [*Informacja z przebiegu realizacji Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku*]

W ramach działań związanych z restrukturyzacją finansową M. Mikietyński [2008, s. 147 i 175] proponuje skorzystanie z budżetowania i prowadzenie rachunku kosztów. Metody te pozwalają na aktywizację w zakresie kontroli finansowej w poszczególnych jednostkach organizacyjnych zakładu. Mają na celu ograniczenie kosztów oraz wypracowanie strategii umożliwiających dostosowanie działalności prowadzonej przez zakład do zmieniających się warunków. Budżetowanie określane jest jako element zarządzania łączący planowanie organizacyjne i finansowe poprzez wartościowe określenie zadań, kompetencji i obowiązków poszczególnych komórek organizacyjnych. Proces ten obejmuje te wszystkie aspekty działalności jednostki, z którymi związane są uzyskiwane przychody, ponoszone koszty, płynność finansowa, stan i struktura majątku i kapitału [Stępniewski 2008, s. 225]. Budżety są sednem controllingu, tj. systemem sterowania przedsiębiorstwem i jego subpodmiotami poprzez aktywne wykorzystanie koncepcji i metod rachunkowości zarządczej.

Budżetowanie i kontrola budżetowa są podstawową techniką sterowania kosztami prowadzącą do ciągłego obniżenia kosztów produktu [Gabrusewicz, Kamela-Sowińska i Poetschke 2000, s. 205]. Budżetowanie to proces przygotowania założeń i opracowania pakietu spójnych budżetów, odnoszący się do wszystkich obszarów działalności organizacji, a w tym wypadku podmiotu leczniczego. Obejmuje ono całokształt działań czy też różnorodne metody i techniki związane ze sporządzaniem budżetów, realizacją zadań oraz kontrolą. W efekcie omawianego procesu powstają budżety, które stanowią skwantyfikowany (ilościowo i wartościowo) wyraz planu działania, służący zastosowaniu i koordynacji założeń planistycznych, obejmujący horyzont czasowy nie dłuższy niż jeden rok. Budżetowanie jest więc zestawieniem przychodów i kosztów związanych z realizacją zadań rzeczowych zakładu [Drury 2002, s. 198]. Celem budżetowania w szpitalu jest dyscyplinowanie i kontrola wydatkowania środków finansowych. Poza tym stwarza ono także możliwość przeanalizowania zmienności elementów procesu świadczenia usług, co może stanowić podstawę do podejmowania decyzji mających na celu udoskonalenie szpitala jako organizacji czy też technologii świadczenia usług [Komorowski 1997, s. 198]. Stąd także budżetowanie jest efektywnym instrumentem operatywnej kontroli kosztów w szpitalu, a także czynnikiem poprawy efektywności oraz zagospodarowania czy kontrolowania czasu realizacji świadczonych usług [Rój i Sobiech 2006, s. 198]. Najlepsza praktyka budżetowania zawiera między innymi: sporządzanie dokładnych budżetów zakładających odpowiedzialność, monitorujących niezgodność i zarządzanie wydatkami [Clark 2005, s. 79, za: Karkowski 2012, s. 105]. Dążenie do obniżania kosztów, jest najważniejszym elementem poprawy rentowności każdego przedsiębiorstwa, w tym także podmiotu leczniczego. Prowadzenie takiej polityki, wymaga świadomego oddziaływania na koszty, co oznacza, że za każdy



Rysunek 3.8. Proces restrukturyzacji finansowej na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005 Nr 78, poz. 684 z późn. zm.).

ich element musi odpowiadać kierownik określonej komórki organizacyjnej [Smoleń 2002, za: Karkowski 2012, s. 105].

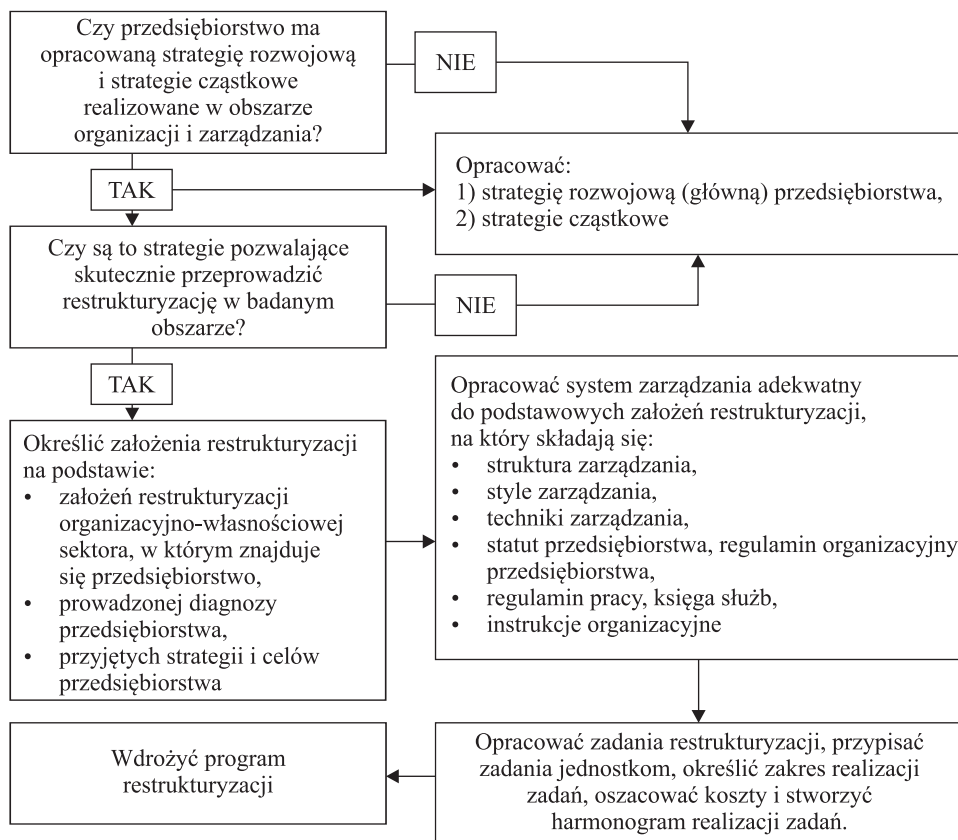
W ramach działań związanych z restrukturyzacją, korzystne może być także pozyskiwanie środków finansowych z nowych źródeł. Stało się to możliwe dzięki wprowadzeniu rozwiązań prawnych sprzyjających sprzedaży usług. Po pierwsze sprzedaż usług medycznych może przebiegać dwutorowo. Może bowiem być dokonywana w ramach transakcji dwustronnych albo z udziałem głównego płatnika. Sprzedaż o charakterze dwustronnym polega na sprzedaży usług medycznych przez daną organizację innym zakładom opieki zdrowotnej (np. badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne), zakładom i instytucjom niepowiązanym z ochroną zdrowia (np. badania profilaktyczne, pakiety usług wykupywane dla pracowników) oraz osobom indywidualnym (usługi medyczne wykonywane prywatnie). Sprzedaż z udziałem trzeciej strony polega natomiast na kontraktowaniu usług z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ministrem zdrowia. Po drugie sprzedaż usług niemedycechnych odbywa się z wykorzystaniem umów dwustronnych i dotyczy najczęściej zbytu takich usług i produktów, jak utylizacja śmieci, sterylizacja narzędzi, dzierżawa sprzętu i pomieszczeń, transport, usługi gastronomiczne, usługi hotelowe. Do proponowanych rozwiązań dodać można poszukiwanie nowych odbiorców i świadczenie usług będących odpowiedzią na zgłaszane przez nich zapotrzebowanie. Zaproponowanie nowej oferty usługowej wynika najczęściej z doposażenia placówek w nowy sprzęt lub zakupu nowoczesnych technologii (rezonans magnetyczny, angiografia). Istnieje także możliwość pozyskania środków z funduszy europejskich. Od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej (maj 2004 roku) zakłady opieki zdrowotnej mogą pozyskiwać środki z funduszy strukturalnych. Głównym celem ich przyznawania jest poprawa warunków zdrowotnych społeczeństwa.

3.4. Zastosowanie restrukturyzacji organizacyjnej jako narzędzia wspomagającego prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej

Restrukturyzacja organizacyjna, zdaniem M. Trockiego, jest jednym z najtrudniejszych przedsięwzięć z zakresu zarządzania, ponieważ powoduje zazwyczaj naruszenie interesów finansowych. Autor ten zaleca, aby w szczególności zwrócić uwagę na to, że restrukturyzacja wymaga poparcia właścicieli, kierownictwa najwyższego i średniego szczebla, związków zawodowych i innych reprezentacji pracowniczych, pacjentów, kredytodawców i pożyczkodawców. Dążyć należy do tego, aby koalicja zwolenników procesów restrukturyzacji była jak największa. Autor postuluje także rozwagę w prowadzonych działaniach. Nie wszystkie

bowiem problemy są możliwe do rozwiązania, a nie wszystkie możliwe rozwiązania można skutecznie wdrożyć. Restrukturyzacja powinna się opierać na klarownej i przekonującej argumentacji. Wymaga zdecydowanego działania w ściśle określonym czasie. Nadmierne rozciąganie restrukturyzacji w czasie, brak jasno określonego horyzontu zmian, powodują demobilizację jej zwolenników i narastanie oporów [Trocki 2002, s. 86–87]. W ramach restrukturyzacji organizacyjnej (restrukturyzacji potencjału organizacyjnego) dokonywana jest nie tylko rekonstrukcja struktury organizacyjnej, ale również systemów zarządzania przedsiębiorstwem. Restrukturyzacja potencjału organizacyjnego powinna zmierzać do zwiększenia stopnia elastyczności układu strukturalnego i kształtowania umiejętności przystosowania się przedsiębiorstwa do funkcjonowania w zmiennym otoczeniu oraz do wprowadzania rozwiązań zbliżających przedsiębiorstwo do klienta i sprzyjających lepszemu zaspokojeniu jego potrzeb [Brandenburg 2010, s. 29]. Restrukturyzacja w zakresie organizacji obejmuje różne obszary: mogą być tutaj stosowane metody restrukturyzacji wewnątrzorganizacyjnej, można też wyróżnić restrukturyzację organizacji w aspekcie relacji zewnętrznych [Lachiewicz i Zakrzewska-Bielawska 2005, s. 13].

Nieodzowne jest zatem prowadzenie restrukturyzacji organizacyjnej, która może obejmować następujące działania: likwidację zbędnych komórek organizacyjnych, wprowadzenie nowych stanowisk pracy, wydzielenie niektórych działalności ze struktury organizacyjnej zakładu (outsourcing), usprawnienie organizacji istniejących komórek organizacyjnych, usprawnienie przepływu informacji i podejmowania decyzji, unowocześnianie systemu zarządzania, informatyzację, usprawnienie organizacji pracy [Lachiewicz i Zakrzewska-Bielawska 2005, s. 93]. A. Nalepka wyróżnia trzy rodzaje przedsięwzięć stosowanych w sferze restrukturyzacji organizacyjnej. Pierwsza to racjonalizacja formy organizacyjnej, drugą jest doskonalenie struktury organizacyjnej (diagnoza struktury organizacyjnej, projektowanie poprawionej struktury organizacyjnej, wdrożenie zmian w rozwiązaniach strukturalnych), trzecim zaś rodzajem jest usprawnienie zasad i metod funkcjonowania (*lean management*, *reengineering*, zarządzanie jakością) [Nalepka 1998, s. 156]. Procedurę restrukturyzacji w obszarze organizacji i zarządzania ilustruje rysunek 3.9. W ramach restrukturyzacji organizacji należy się liczyć z podejmowaniem następujących działań: (1) całkowitym przeprojektowaniem działalności, polegającym na radykalnej przebudowie wszystkich aspektów działalności przedsiębiorstwa, aby można było osiągać wymierne korzyści w aspekcie kosztów, obsługi i czasu, (2) doskonaleniem organizacji, rozumianym jako wysiłek podejmowany na rzecz podniesienia skuteczności jej działania i poprawy jej kondycji, poprzez ingerencję w funkcjonowanie tej organizacji oraz postawy, zachowania i oczekiwania jej członków, (3) wprowadzaniem innowacji ukierunkowanych na rozwój nowych produktów rynkowych lub znalezieniem nowych zastosowań do produktów już istniejących [Bieniok 2001, s. 199].



Rysunek 3.9. Procedura restrukturyzacji w obszarze organizacji i zarządzania

Źródło: Pełka 1994, s. 18–19.

Kolejnym mechanizmem wspierającym działania restrukturyzacyjne było umożliwienie uzyskania dotacji na mocy art. 40 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez zakłady, które w dniu złożenia wniosku o dotację nie miały zaległości w spłacie zobowiązań na dzień 31 grudnia 2004 roku, oraz nie podlegały restrukturyzacji finansowej. Dotacja służyła wsparciu działań polegających na: restrukturyzacji zatrudnienia, zmianach w strukturze organizacyjnej zakładu, innych działaniach mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu bądź jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Na ten cel w ustawie budżetowej na rok 2005 zostały zaplanowane środki w wysokości 100 mln zł¹³. Do

¹³ Minister finansów, na wniosek ministra zdrowia, po pozytywnych zaopiniowaniu przez Komisję Finansów Publicznych Sejmu RP, zwiększył dotację o kolejne 100 075 tys. zł. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie działań restrukturyzacyjnych dla niezasłużonych zakładów opieki zdrowotnej wynosiła więc 200 070 tys. zł. Szczegółowe warunki i kryteria ubiegania się o dotację zostały określone w zaakceptowanym w dniu 23 maja 2005 roku, przez Ministra Zdrowia „Programie

działań w zakresie restrukturyzacji organizacyjnej (w ramach zmian strukturalnych) M. Mikietyński [2008, s. 168–169] zalicza:

- połączenie komórek lub zakładów – do połączenia dochodzi wówczas, gdy wprowadzona w nich działalność symbolicznie pokrywa koszty funkcjonowania, przynosi jedynie minimalne zyski lub generuje straty, ale z punktu widzenia pracy pozostałych komórek organizacyjnych jej istnienie jest pożądane; łączenie może polegać na jednoczeniu dwóch lub większej liczby komórek w jedną strukturę (np. oddział wewnętrzny i oddział kardiologiczny połączone w oddział internistyczno-kardiologiczny);
- likwidacja komórek lub zakładów – likwidację podejmuje się wówczas, gdy: (1) zadłużenie zakładu czy komórki pogłębia się, (2) brakuje odbiorców usług oferowanych przez tę jednostkę, (3) liczba odbiorców usług systematycznie spada, (4) pojawiła się lub prężnie rozwija się konkurencja, (5) współczesne metody leczenia nie uzasadniają bytu takiej komórki, (6) w miejsce „zarabiającej na sobie” aktywności wprowadzana będzie inna, dająca nadzieję na większe zyski;
- rozszerzanie wykonywanych zadań stanowi przeciwieństwo likwidacji (na przykład powstanie w ramach zakładu radiologii, pracowni tomografii komputerowej) – w tym wypadku mamy do czynienia z dobrze lub bardzo dobrze prosperującą komórką lub zakładem, wzbogaconą o nowoczesne technologie lub umiejętności pracowników; z sytuacją, w której obecne okoliczności nie są najlepsze, ale w wypadku kadrowego, sprzętowego lub lokalowego doinwestowania komórki czy zakładu, rokuje one poprawę swojej pozycji rynkowej; ze względu na poszerzenie bazy lokalowej rozpoczyna się prowadzenie nowej działalności od początku, co wpływa na rozszerzenie zadań; sytuacja komórki lub zakładu wprawdzie nie jest najlepsza, ale wykonywanie pewnych zadań staje się niezbędne z punktu widzenia strategicznego zarządzania placówką;
- ograniczenia w realizacji zadań – najczęściej wiążą się one z odchodzeniem od stosowanych dotychczas metod leczenia, z nieopłacalnością świadczenia określonych usług, z koniecznością dokonywania inwestycji, aby działalność przynosiła zyski, na co zakład nie ma wystarczających środków, oraz z innymi przeobrażeniami w strukturze leczonych pacjentów, które powodują zmniejszanie się popytu na określone usługi;
- dzielenie komórek lub zakładów – polega na wyodrębnieniu z jednej struktury dwóch lub więcej mniejszych komórek, działających niezależnie od siebie, nabywających prawo do własnych pomieszczeń, sprzętu i kadry (na przykład wyodrębnienie dwóch oddziałów z oddziału chirurgicznego: chirurgii ogólnej i torakochemii);

pomocy publicznej i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2005” [Informacja z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku] .

- zmiana funkcji i zakresu działalności – najczęściej jest dokonywana za pomocą: przekształceń dotychczasowych zadań (na przykład oddział przyjmujący pacjentów w trybie ostrym zostaje przekształcony w oddział opieki długoterminowej), przenoszenia zadań z jednej komórki do drugiej (na przykład organizowanie centralnych bloków operacyjnych), łączenia funkcji będących dotychczas w kompetencjach dwóch różnych komórek (na przykład dział kadr staje się odpowiedzialny za naliczanie płac, chociaż dotychczas część tego zadania wykonywała księgowość).

Przy budżetowaniu zakładu, zmieniają się struktury organizacyjne. Zmiany powinny pójść w kierunku stworzenia takiej struktury organizacyjnej, która odzwierciedlałaby zadania, jakie poszczególne komórki wykonują w jednostce. Z tego właśnie względu pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe, poradnie funkcjonujące w ramach oddziału szpitalnego należy oddzielić jako osobne centra odpowiedzialności (ośrodki kosztów), ponieważ ich produktem są procedury medyczne [Stępniewski 2008, s. 243–244] (tabela 3.8).

Tabela 3.8. Wykaz jednostek organizacyjnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności

Ośrodki odpowiedzialności działalności podstawowej	Ośrodki odpowiedzialności działalności pomocniczej	Ośrodki odpowiedzialności zarządu
Oddziały szpitalne	Apteka	Dyrekcja
Chirurgiczny	Transport sanitarny	Administracja
Internistyczny	Centralna sterylizacja	Archiwum
Dziecięcy	Gipsownia	Magazyny
Ginekologiczny	Rejestracja i dokumentacja chorych oraz statystyka medyczna	Dział informatyki (Rejestr Usług Medycznych)
Położniczy	Kuchnia	
Noworodków i wcześniaków	Kotłownia	
Anestezjologii i intensywnej terapii	Dział techniczny	
<u>Pracownie diagnostyczne</u>	Dział gospodarczy	
EKG		
USG		
Rentgen i mammografia		
Endoskopia		
Fizykoterapia i rehabilitacja		
<u>Działy zabiegowe</u>		
Blok operacyjny		
Blok porodowy		
Sala cięć cesarskich		
Gabinety zabiegowe		
Izba przyjęć z ambulatorium		

Źródło: Stępniewski 2008, s. 245.

3.5. Ocena procesów restrukturyzacyjnych w świetle wyników badań empirycznych

W początkowym okresie transformacji sytuacja ekonomiczna podmiotów leczniczych była zbliżona. Miały one podobne możliwości restrukturyzacji i adaptacji do nowych wymogów gospodarki rynkowej. Skala i zakres tych działań były jednak różne.

Przeprowadzone badania empiryczne stały się uzupełnieniem ustaleń teoretycznych przeprowadzonych w niniejszej rozprawie. Celem procesu badawczego było nie tylko wzmocnienie potwierdzenia przyjętej tezy w pracy, ale także określenie przyszłych kierunków badań. Analiza procesu restrukturyzacji została przeprowadzona na podstawie badania zrealizowanego w podmiotach leczniczych. Nadrzędnym celem przeprowadzonych studiów empirycznych była konfrontacja założeń Ministerstwa Zdrowia z rzeczywistymi działaniami i ich oceną w podmiotach leczniczych. Metodyka badań została opisana i umieszczona w aneksie.

W podrozdziałach 3.1–3.4 przyjęto definicję restrukturyzacji na podstawie polskiej literatury ekonomicznej. Przygotowując instrument pomiarowy, oparto się na istniejących klasyfikacjach działań restrukturyzacyjnych. W instrumencie pomiarowym przyjęto taki układ pytań, aby możliwe stało się dokonanie analizy w dwóch wymiarach. Pierwszy odnosił się do określenia, jakiego rodzaju restrukturyzacja została przeprowadzona, drugi – do tego, jakie działania podjęto w ramach wskazanego typu restrukturyzacji.

Wyniki uzyskane w odniesieniu do pierwszego obszaru badawczego przedstawiono w tabeli 3.9.

Tabela 3.9. Działania restrukturyzacyjne podejmowane przez badane podmioty lecznicze (odsetek odpowiedzi)

Forma restrukturyzacji	Podmioty lecznicze	
	ogółem	w tym: niebędące przedsiębiorstwami
Restrukturyzacja rynkowa	42,9	47,4
Restrukturyzacja operacyjna	85,7	84,2
Restrukturyzacja majątkowa	61,9	68,4
Restrukturyzacja organizacyjna	66,7	73,7
Restrukturyzacja personalna	61,9	68,4
Restrukturyzacja finansowa	52,4	57,9

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów uzyskanych z obserwacji z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety *Zarządzanie podmiotami leczniczymi w procesie przekształceń własnościowych*, zebranych w ramach badań własnych Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

W większości podmiotów leczniczych przeprowadzana jest restrukturyzacja operacyjna (85,7%). W ramach restrukturyzacji operacyjnej najczęściej wymienianymi działaniami prowadzonymi przez podmioty publiczne są restrukturyzacje oddziałów szpitalnych poprzez likwidację oddziałów nierentownych lub wprowadzanie oddziałów nowych. Najczęściej zakłady koncentrują się na tworzeniu zakładów opiekuńczo-leczniczych czy też przekształceniu oddziału w hospicja lub oddziały opieki paliatywnej. Coraz większe zapotrzebowanie na opiekę nad chorymi w stanach terminalnych powoduje, że usługi te zostają wprowadzone nawet jako dodatkowe, bez konieczności likwidacji czy przekształcenia dotychczasowych. W ramach restrukturyzacji operacyjnej zakłady podejmują działania odnoszące się do poprawy jakości. Oprócz zadań związanych z wypracowywaniem procedur klinicznych zarówno pielęgniarskich, jak i lekarskich wskazano na wdrażanie działań z zakresu zarządzania jakością. W ramach restrukturyzacji operacyjnej prowadzona jest także modernizacja i wymiana aparatury medycznej. Działania te są najczęściej związane z pozyskiwaniem środków z funduszy strukturalnych na zakup sprzętu (pozyskiwanie środków na zakup sprzętu rozpoczęło się w 2005 roku). Mimo że akcesja Polski do Unii Europejskiej miała miejsce w maju 2004 roku, to pierwsze konkursy, w ramach których można było się ubiegać o dofinansowanie, rozpoczęły się w 2005 roku. Ze względu na to, że coraz więcej podmiotów leczniczych jest skłonnych pozyskiwać środki unijne na dofinansowania na aparatury medycznej, Ministerstwo Zdrowia prowadzi nie tylko stronę internetową, na której udziela informacji na temat konkursów (www.zdrowie.gov.pl), ale także szkolenia dla potencjalnych beneficjentów. W roku 2013 podmioty lecznicze mogą skorzystać z programów w ramach np. programu operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, programu operacyjnego „Kapitał ludzki”, Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Podmioty lecznicze wskazały także na wprowadzanie usprawnień działalności służb pomocniczych – i tutaj najczęściej wymieniano outsourcing. Badanie dowodzi, że outsourcing¹⁴ anektuje coraz to nowe obszary w opiece zdrowotnej. Analiza procesów związanych z outsourcingiem objęła ocenę prowadzonych działań

¹⁴ **Outsourcing** jako koncepcja zarządzania jest jednym ze sposobów osiągnięcia większej efektywności organizacji. Termin ten pochodzi z języka angielskiego i jest skrótem od słów *outsider resorce using*, tzn. wykorzystywanie zasobów zewnętrznych. W literaturze przedmiotu definicja koncepcji outsourcingu nie jest jednoznaczna [Lei i Hitt 1995]. określają outsourcing jako współpracę firmy z zewnętrznymi dostawcami w zakresie produkcji komponentów i innych działań o podwyższonej wartości. C. Perry [1997] podkreśla rolę zatrudnienia w koncepcji outsourcingu. Zadania wykonane wcześniej przez pracowników firmy zostają przekazane do realizacji pracownikom firmy zewnętrznej. M.S Harpe definiuje outsourcing jako przerzucanie do dostawcy zewnętrznego zadań, które nie zostały wybrane przez organizację jako kompetencje podstawowe [za: Marcinkowska 2012, s. 9].

w zakresie sfery medycznej i niemedycznej. W badaniu przyjęto powyższy podział, ze względu na to, że takie kryteria przedstawiane są w literaturze [Trocki 2002, s. 84–98], co wydaje się całkowicie zrozumiałe w praktyce podmiotów leczniczych. Ważną przesłanką do podjęcia decyzji o outsourcingu były wysokie koszty, jakie generowały takie usługi, jak: sprzątanie, usługi żywieniowe, utylizacja odpadów, ochrona mienia. Oprócz kosztów wynagrodzeń i narzutów na wynagrodzenia znaczna część kosztów dotyczyła zakupu materiałów i środków niezbędnych do realizacji usługi. Korzyści wymieniane przez respondentów po wyborze formy outsourcingu są zgodne z wynikami badań prowadzonymi przez E. Marcinkowską w małopolskich publicznych szpitalach specjalistycznych w 2007 roku¹⁵. Podkreślano niższe koszty realizacji usługi, lepsze przygotowanie merytoryczne pracowników świadczących usługę, dzięki cyklowi szkoleń, wypracowanie procedur właściwego wykonania usługi oraz możliwość wprowadzania zmian w zakresie współpracy. E. Marcinkowska, prezentując wyniki badań, wskazała na istotny aspekt, którym była akceptacja outsourcingu przez związki zawodowe. Zaobserwowano, że pierwszy okres po podpisaniu umowy był krytyczny dla zakładów. Pracownicy nie chcieli się identyfikować z firmą zewnętrzną. Opory zostały przełamane dopiero po okresie rocznym, gdy z jednej strony zwiększyły się wymagania firm zewnętrznych co do jakości pracy, ale z drugiej oferowano pracownikom wiele szkoleń związanych z właściwym wykonywaniem pracy.

Ukazany obraz działań związanych z outsourcingiem znalazł odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach (tabela 3.10). W ramach działalności niemedycznej ponad 80% badanych podmiotów wskazało na zlecenie na zewnątrz usługi pralniczej, a prawie 63% osób zarządzających na kupno usług z zakresu żywienia. Najczęściej stosowanymi w podmiotach leczniczych usługami będącymi przedmiotem wydzielenia są: żywienie pacjentów hospitalizowanych, utrzymanie czystości, usługi pralnicze, ochrona osób i mienia. Podkreślić należy, że usługi pralnicze powierzyło firmom zewnętrznym aż 81% badanych podmiotów leczniczych, a w co drugim zakładzie opieki zdrowotnej w outsourcingiem objęto żywienie pacjentów hospitalizowanych oraz utylizację odpadów medycznych.

Analizując rodzaj działalności niemedycznej zlecanej na zewnątrz, ogólnie można dostrzec, że wybór usług związanych z praniem i żywieniem podyktowany był dużymi kosztami prowadzenia tego typu działalności w ramach podmiotu leczniczego. Problemy finansowe, z jakimi borykają się zakłady, przyspieszyły wybór właśnie takiej formy realizacji zadań. Opinia podmiotów leczniczych o współpracy z firmami zewnętrznymi w powyższych zakresach nie była jednak zawsze pozytywna. Kluczową bowiem kwestią okazało się określenie zasad współpracy z firmami zewnętrznymi i monitorowanie ich pracy. Brak nadzoru

¹⁵ Badanie: Outsourcing w małopolskich szpitalach specjalistycznych [Marcinkowska 2012, s. 103–152].

Tabela 3.10. Zadania objęte outsourcingiem w badanych podmiotach leczniczych (odsetek odpowiedzi)

Wyszczególnienie	Podmioty lecznicze	
	ogółem	w tym: nie będące przedsiębiorstwami
Działalność medyczna		
– diagnostyka obrazowa	23,8	21,1
– diagnostyka laboratoryjna	19,0	15,8
– histopatologia	23,8	26,3
– konsultacje specjalistyczne	23,8	21,1
Działalność niemedyczna		
– żywienie pacjentów hospitalizowanych	52,8	47,4
– usługi pralnicze	81,0	78,9
– sterylizacja	19,0	15,8
– utrzymanie czystości	33,3	36,8
– utylizacja odpadów	52,4	52,6
– ochrona mienia	52,4	57,9

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: Jak do tab. 3.9.

pracy tych firm w zakresie powierzonych zadań powodował, że bilans korzyści nie był dodatni.

W stosunku do outsourcingu działalności medycznej częściej niż w co piątym podmiocie leczniczym ta forma realizowania świadczeń, objęła diagnostykę obrazową, histopatologię i konsultacje specjalistyczne. Badani wskazywali, że outsourcing szczególnie jest korzystny w odniesieniu do uzyskania dostępu do wiedzy specjalistycznej z danej dziedziny. Ponad 20% badanych podmiotów wprowadziła to rozwiązanie. Mimo większego deklarowanego zainteresowania, odsetek stosowania tej usługi nie jest największy, co może być spowodowane jeszcze małą liczbą specjalistów (w odniesieniu do faktycznych potrzeb rynkowych), zwłaszcza z dziedzin niszowych na rynku. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest limitowanie miejsc specjalizacyjnych lekarzy.

Przedstawione wyniki predestynują do tego, aby uznać, że outsourcing nie tylko będzie stosowany w podmiotach leczniczych, ale zakres tego stosowania będzie się powiększał.

Prawie 62% osób zarządzających stwierdziło, że w ich zakładach opieki zdrowotnej przeprowadzona została restrukturyzacja majątkowa, przy czym odsetek podmiotów niebędących przedsiębiorstwami wynosił ponad 68%. W ramach restrukturyzacji majątkowej realizacja polegała na zagospodarowaniu majątku

nieproduktywnego oraz zapewnieniu lepszego wykorzystania posiadanego wyposażenia. Wskazywano też na poprawę administrowania majątkiem.

Działania z zakresu restrukturyzacji organizacyjnej podjęło 66,7% zakładów, przy czym odsetek podmiotów niebędących przedsiębiorcami, w których ma miejsce omawiana restrukturyzacja, wynosił 73,7%. Działania restrukturyzacyjne dotyczyły usprawnienia organizacji istniejących komórek organizacyjnych, unowocześnienia systemu zarządzania oraz informatyzacji podmiotów.

W co drugim badanym podmiocie wykonującym działalność leczniczą miała miejsce restrukturyzacja finansowa. W podmiotach niebędących przedsiębiorstwami wskazano, że podjęto działania związane z redukcją kosztów oraz pozyskiwano nowe formy finansowania. Redukcja kosztów w podmiotach wynikała nie tylko z lepszej gospodarki lekami, ale także częściowo z outsourcingu.

Prawie 48% osób zarządzających potwierdziło wprowadzenie restrukturyzacji rynkowej. Przez restrukturyzację rynkowa rozumiano: rozszerzenie dotychczasowych rynków zbytu czy też rozwój nowych usług. Co znamienne w polskich warunkach to nie pacjenci kształtują rynek poprzez wyrażanie swoich potrzeb, a raczej płatnik występujący w ich imieniu. Nie jest to czynnikiem motywującym zakłady do dalszych działań zmieniających zakres świadczonych usług w obawie o brak możliwości finansowania przedsięwzięcia. Jedynym momentem, który w sposób rynkowy zmusza podmioty do zmiany wachlarza świadczonych usług, jest moment likwidacji zakładu lub połączenia, w którym to niejako od nowa istnieje możliwość kreowania profilu świadczonych usług. Przekształcenie lub też prywatyzacja zakładów może się także stać momentem, gdy usługi zaczną być świadczone w ramach odpłatności bezpośredniej pacjentów.

Ze względu to, że powyższe wyniki mają na celu wskazanie jedynie kierunku, w jakim prowadzone były i są działania restrukturyzacyjne, poniżej przedstawiono wyniki wybranych działań restrukturyzacyjnych.

Podkreślić należy, że częściej niż co trzeci podmiot leczniczy objęty badaniem przeprowadzając postępowanie restrukturyzacyjne, korzystał z pomocy publicznej na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku, przy czym z pomocy tej skorzystało 42,1% podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami.

Hierarchia głównych działań restrukturyzacyjnych podjętych w badanych podmiotach leczniczych pozwala stwierdzić, że na czołowym miejscu znalazła się restrukturyzacja zatrudnienia wskazana przez 71,4% kadry zarządzającej zakładem. Ten wysoki odsetek wskazań wynika nie tylko z potrzeby rynkowej, co w dużej mierze ze środków Ministerstwa Zdrowia przeznaczonych na ten cel (problematyka została szczegółowo omówiona w punkcie 3.3). Na drugim miejscu pod względem częstości wymienianych działań restrukturyzacyjnych jest wprowadzenie kontraktów dla personelu medycznego. Ponad 57% respondentów wskazało, że działania mające na celu zmianę w sposobie organizacji etatów miały miejsce w ich zakładzie (tabela 3.11).

Tabela 3.11. Działania restrukturyzacyjne podejmowane przez podmioty lecznicze

Wyszczególnienie	Podmioty lecznicze	
	ogółem	w tym: niebędące przedsiębiorstwami
Podmioty lecznicze korzystające z pomocy publicznej	38,1	42,1
Działania restrukturyzacyjne:		
– restrukturyzacja zatrudnienia	71,4	73,7
– outsourcing usług	52,4	57,9
– uszczelnienie systemu gospodarowania zasobami materiałowymi i lekowymi	47,6	47,4
– racjonalizacja gospodarowania majątkiem trwałym	42,9	47,4
– racjonalizacja wykorzystania zasobów sprzętowych	38,1	42,1
– zmiany w układzie świadczeń, oddziałów stanowisk	28,6	31,6
– wprowadzenie kontraktów dla personelu medycznego	57,1	63,2
– zmiany w strukturze oddziałów	23,8	26,3
– zmiany osobowe w kadrze medycznej	23,8	26,3
– zmiana na stanowisku osoby zarządzającej	28,6	26,3

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: Jak do tab. 3.9.

Konieczne jest zwrócenie uwagi na to, że w gradacji branych pod uwagę poszczególnych działań restrukturyzacyjnych, trzecią lokatę zajął outsourcing usług, na który wskazało 52,4% ogółu badanych. Kolejne dwa działania restrukturyzacyjne wprowadzone w podmiotach leczniczych, a mianowicie: uszczelnienie systemu gospodarowania zasobami materiałowymi i lekami oraz racjonalizacja gospodarowania majątkiem trwałym, wymieniane były prawie z jednakową częstością. Pierwsze z nich podało 47,6%, a drugie 42,9% kadry zarządzającej. Pozostałe działania restrukturyzacyjne były już znacznie rzadziej wymieniane (tabela 3.11).

W ramach podjętych działań restrukturyzacyjnych zmierzających do poszukiwania poprawy jakości i efektywności świadczonych usług istotną rolę ogrywa zarządzanie. Stąd też w przeprowadzonym badaniu dokonano przeglądu stosowanych metod zarządzania podmiotem leczniczym (tabela 3.12). Ponad połowa badanych podmiotów uzyskała certyfikat systemu zarządzania jakością zgodną z normą ISO 9001:2008, a 14,3% badanych zakładów opieki zdrowotnej poddało się akredytacji, tj. ocenie bazującej na jawnych i ustalonych kryteriach.

Rzecz charakterystyczna, że wśród badanych podmiotów leczniczych żaden nie wskazał na zarządzanie marketingowe, choć szczątkowe elementy przynajmniej działań z zakresu marketingu można znaleźć przy ubieganiu się o status jednostki akredytowanej czy certyfikat ISO 9001:2008. Ze względu na to, że w tym zakresie

Tabela 3.12. Metoda zarządzania podmiotem leczniczym

Forma zarządzania po przekształceniu	Podmioty lecznicze	
	ogółem	w tym: niebędące przedsiębiorstwami
Zarządzanie wiedzą	4,8	5,3
Zarządzanie marketingowe	–	–
System zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001:2008	52,4	52,6
Akredytacja	14,3	10,5
Program zapewnienia jakości	4,8	5,3

Źródło: Jak do tab. 3.9.

nie przeprowadzono dodatkowych weryfikacji, można jedynie uznać, że jest to spowodowane przede wszystkim niezrozumieniem, na czym polega zarządzanie marketingowe, lub nawet problemem zdefiniowania tego terminu. Marketing jest często utożsamiany z reklamą, a ponieważ ta jest zakazana przepisami ustawy o działalności leczniczej, menadżerowie nie wskazują, że posiadają, nawet szczerkowo, taki obszar zarządzania. W dalszym ciągu nie jest widoczna rola marketingu w kreowaniu relacji między profesjonalistą a pacjentami.

Ze względu na to, że w tym zakresie nie przeprowadzono weryfikacji empirycznej, dalsze poszukiwania badawcze mogą być skierowane na wyjaśnienie metody zarządzania przez menadżerów oraz przyczyn braku wdrażania tych działań (lub może naodrzucanie samej terminologii marketingowej, bez odrzucenia proponowanych działań).

Prowadzone badania wskazały, jakie działania restrukturyzacyjne były prowadzone w zakładach, natomiast nie poddano badaniu efektywności tych działań. Przesądziły o tym dwa aspekty, a mianowicie ocena działań restrukturyzacyjnych przez NIK (raporty omówione w punkcie 3.2 i 3.3) oraz to, że badanie stopnia efektywności poszczególnych działań nie skutkuje odniesieniem do istotności kreacji kultury organizacji usługowej.

Ocena wyników przeprowadzonego badania może zależeć od punktu widzenia badacza. Mogą być 3 rodzaje oceny:

- ocena minimalistyczna – jeśli badacz uzna, że każda zmiana w zakładzie jest pozytywna, zwłaszcza że w sposób istotny poprawia skuteczność działania i jest punktem wyjścia do zapewnienia rozwoju;
- ocena większościowa – jeśli badacz, dostrzegając duży odsetek podmiotów leczniczych, które mają strategię projakościową (w postaci akredytacji czy też systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008), wskaże na poprawę organizacji pracy, obniżenie kosztów, zabezpieczenie na wypadek postępowania sądowego w razie pozwów ze strony pacjentów i ich rodzin; w swoich ocenach uzna taki stan rzeczy za satysfakcjonujący i wystarczający;

- ocena maksymalistyczna – jeśli badacz uzna, że dotychczasowe wyniki są jedynie punktem wyjścia do dalszego doskonalenia zarządzania podmiotem leczniczym; orientacja na pacjenta i pojawiający się przykład holenderskiego konsumeryzmu kieruje organizację z zarządzania jakością na marketingowe zarządzanie organizacją usługową. Brak widocznej orientacji marketingowej wyraźnie pokazują wyniki przedstawione w tabeli 3.12. W rozprawie brana jest pod uwagę ta ocena.

3.6. Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999–2010

W latach 1999–2010 brakowało podstaw prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zmiana formy organizacyjno-prawnej odbywała się na podstawie: (1) Ustawy z dnia 8 marca 1990 roku *o samorządzie gminnym*, (2) Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku *o samorządzie powiatowym*, (3) Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku *o samorządzie województwa*, (4) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku *o zakładach opieki zdrowotnej*. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następowało zgodnie z art. 36 Ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, w drodze rozporządzenia lub uchwały podmiotu, który utworzył zakład. Na potrzeby pracy przyjęto, że przekształcenie oznacza zmianę charakteru, statusu prawnego, struktury, formy [Klisowska 2006, s. 59].

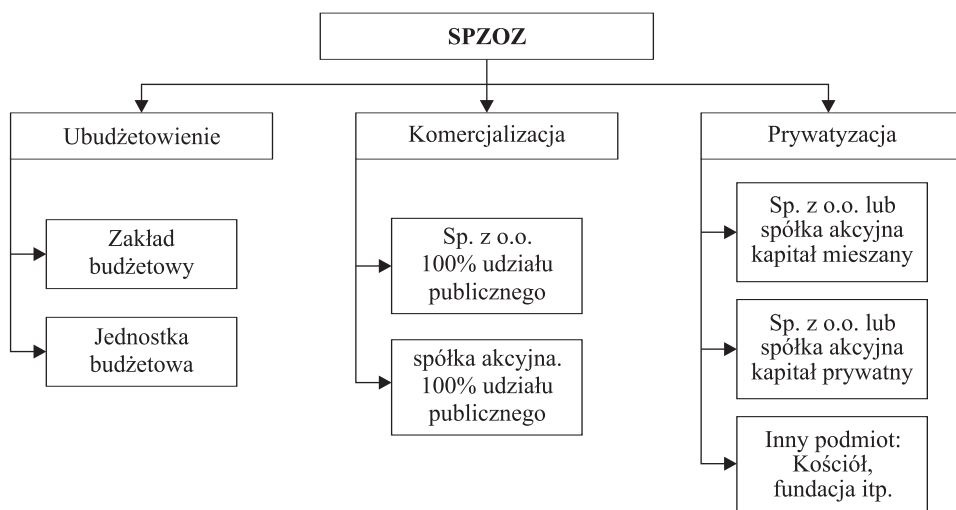
Tworzenie scenariuszy przekształceń motywowane było koniecznością wyeliminowania z systemu podstawowych słabości organizacyjnych, jakie niosły ze sobą struktury formalnoprawne określone ustawą o zakładach opieki zdrowotnej. Podstawowym bowiem celem przekształceń było zwiększenie efektywności działania, podniesienie jakości świadczonych usług i tworzenie dostępu do podobnego wachlarza instrumentów finansowych, z jakich korzystają przedsiębiorstwa [Kachniarz 2008, s. 127]. Rozwiązaniem systemowym, które umożliwiłoby osiągnięcie tego celu, jest przekształcenie szpitali działających jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego [Milczarek 2005, s. 67–68]. Uzasadnienie dla zmiany stosunków własnościowych w systemie ochrony zdrowia wynikało z wielu przesłanek. Zakłady opieki zdrowotnej, działają bowiem w środowisku rynkowym. Rynek wymusza odpowiednie zachowania i zasady prowadzenia działalności gospodarczej. Przedsiębiorcy muszą zabiegać o klientów, dbać o zysk, obniżać koszty, jeśli chcą utrzymać się na rynku, natomiast jednostki budżetowe z natury nie potrafią działać ekonomicznie, co w konsekwencji znacznie podnosi koszty społeczne prowadzenia usług [Zalega 2002, s. 103]. Forma organizacyjno-prawna więc niewątpliwie ma wpływ na możliwości zachowań prorynkowych.

Jak wskazuje F. Frąckowiak [2005, s. 50], o *przekształceniu zakładu*, zgodnie z art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, można było mówić, gdy w formie rozporządzenia lub uchwały ten, kto utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zmienił nazwę, zakres udzielanych świadczeń czy inne elementy jego struktury. Pojęcie przekształcenia miało dwa znaczenia. Szerszenie obejmuje podział samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na co najmniej dwa SPZOZ-y (nie tylko pomiędzy nie jest dzielony majątek, ale także solidarnie ponoszą one odpowiedzialność za długi). Drugie, węższe ujęcie, można uznać za kwalifikowaną reorganizację, której skutkiem jest utworzenie lub zniesienie jednostek organizacyjnych rzutujące na zakres działalności i wymagające zmiany statutu oraz wpisu do rejestru. Odstąpienie od wykonywania któregoś z podstawowych zadań działalności wymaga także odpowiedniej zmiany aktu założycielskiego [Dercz i Rek 2010, s. 23]. Ścieżki przekształcenia SPZOZ obrazuje rysunek 3.10.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej jako podstawową formę publicznych zakładów wskazywała samodzielny publiczny zakład. Jednak zgodnie z art. 35 c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w szczególnym przypadku dopuszczała przekształcenia zmieniające formę organizacyjno-prawną na zakłady prowadzone w postaci budżetowej: jako jednostki budżetowe lub zakład budżetowy¹⁶. Zakłady działające w tej formie zostały zaliczone do kategorii zakładów administracyjnych [Cieślak i in. 2000, s. 124–126].

Zasadniczym celem ich działania jest zaspokajanie potrzeb społecznych społeczeństwa. Podstawowe cechy zakładów i jednostek budżetowych określa Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku, o finansach publicznych, w której jednostki budżetowe definiuje się jako takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek budżetu jednostek samorządu terytorialnego albo odpowiednio do budżetu państwa. Zakładem budżetowym natomiast są takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które odpłatnie wykonują wyodrębnione zadania oraz pokrywają koszty swojej działalności z przychodów własnych, z zastrzeżeniem, że w określonych warunkach mogą otrzymywać także dotacje z budżetu macierzystej jednostki [Dercz i Rek 2010, s. 234]. Jednostka budżetowa i zakład budżetowy może otrzymać z budżetu organu prowadzącego

¹⁶ Art. 35 c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi, że publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony przez organ założycielski, może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeśli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne. Decyzję w tej sprawie podejmuje organ, który utworzył zakład, po dokonaniu analizy zakresu i charakteru działalności zakładu opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych określonego obszaru lub określonej grupy ludności oraz oceny możliwości pozyskania przez zakład opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych przy nieograniczeniu praw ludności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.



Rysunek 3.10. Ścieżki przekształceń formy prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Źródło: Kachniarz 2008, s. 128.

dotacje (przedmiotowe, podmiotowe i celowe). Szczegółowo kwestie te reguluje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 czerwca 2006 roku w sprawie gospodarki finansowej jednostek budżetowych, zakładów budżetowych i gospodarstw pomocniczych oraz trybu postępowania przy przekształcaniu w inną formę organizacyjno – prawną. Jak podkreśla M. Kachniarz [2008, s. 127], odmiennie zatem niż w przypadku SPZOZ-ów, jednostka i zakład budżetowy mogą korzystać z dotacji do działalności bieżącej. W niektórych zatem wypadkach formuła budżetowa wydawałaby się wygodniejsza właśnie ze względu na możliwości dotowania działalności takiego zakładu. Z drugiej jednak strony zakład taki nie może być stroną w umowach z płatnikiem. Świadczeniodawcą uprawnionym do podpisywania takich umów jest bowiem jednostka mająca osobowość prawną, a zakład budżetowy takowej nie posiada¹⁷.

Rozwiązaniem systemowym, które eliminuje większość barier identyfikowanych w strukturze SPZOZ-y i to zarówno w sensie bieżącego zarządzania, jak i kontroli właścicielskiej jest przekształcenie zakładu w spółkę prawa handlowego. Taką możliwość przewidywał art. 8, pkt 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Stanowi on, że zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez krajową lub zagraniczną osobę prawną. Możliwe stało się to jednak za

¹⁷ Wyjątek stanowią tu jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz ministra sprawiedliwości. Zostały one wymienione w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jako uprawnione do zawierania kontraktów z NFZ na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2005 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn.zm.

sprawą wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, umożliwiającej bezpośrednie przekształcenie SPZOZ w spółki kapitałowe prawa handlowego. Pojęcie komercjalizacji zostało zdefiniowane w ustawie *o komercjalizacji i prywatyzacji*. Zgodnie z art. 1, pkt 1 tej ustawy, *komercjalizacja* polega na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Spółka ta wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo państwowe, bez względu na charakter prawny tych stosunków. Natomiast w pkt 2 ustawodawca dodaje, że prywatyzacja polega na: nabywaniu akcji lub udziałów Skarbu Państwa w spółkach powstałych w wyniku komercjalizacji przez osoby inne niż Skarb Państwa oraz rozporządzaniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji na zasadach określonych ustawą przez: sprzedaż przedsiębiorstwa, wniesienie przedsiębiorstwa do spółki oraz oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku]. Komercjalizacja więc, w przeciwieństwie do prywatyzacji, nie oznacza zmiany właściciela komercjalizowanego przedsiębiorstwa (którym pozostaje nadal Skarb Państwa), lecz jedynie zmianę formy organizacyjno-prawnej, w której będzie ono działać [Szafrński 2003, s. 230–231]. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej komercjalizacja SPZOZ ma postać przekształcenia zakładu w spółkę kapitałową. Przez pojęcie komercjalizacji należy zatem rozumieć proces polegający na przekształcaniu zakładu w kapitałowe spółki prawa handlowego, przy zachowaniu dotychczasowej struktury właścicielskiej. Powstała w procesie komercjalizacji spółka z o.o. lub akcyjna pozostaje zatem początkowo jednoosobową spółką podmiotu publicznego – odpowiedniej jednostki samorządu terytorialnego (najczęściej ze względu na największą liczbę należących do samorządów szpitali), uczelni medycznej (w razie przekształcenia szpitala klinicznego) lub Skarbu Państwa.

Z. Kubot wyróżnił następujące rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej:

- 1) bezlikwidacyjną i likwidacyjną – podział ze względu na sposób przejścia mienia, z którego korzystał samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- 2) nieprywatyzacyjną i prywatyzacyjną – wyróżnienie ze względu na wpływ konstruowania się systemu opieki zdrowotnej;
- 3) bezprzetargową i przetargową – podział ze względu na to, czy spółka, która powstała po przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, przejęła nieruchomości będące przedmiotem użytkowania przez samodzielny publiczny zakład w drodze przetargu czy bez przetargu;
- 4) dzierżawną, własnościową, dzierżawno-własnościową – wyodrębnienie tych rodzajów komercjalizacji odbywa się na podstawie tytułów spółki do nieruchomości, będących przedmiotem użytkowania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;

- 5) odwracalną i nieodwracalną – podział ten wiąże się z kwestią odwracalnych i nieodwracalnych zmian w procesie transformacji podmiotów świadczących usługi medyczne;
- 6) rynkową oraz pozarynkową – podział ten ma znaczenie dla ustalenia wartości po jakiej zbywane jest mienie publiczne służące ochronie zdrowia, oraz także po jakiej cenie to mienie jest wydzierżawiane;
- 7) inwestorską i kapitałobogą – pierwsza z nich to przejęcie mienia publicznego przez spółkę dysponującą znacznymi środkami finansowymi, które mogą być przeznaczone na inwestycje, natomiast druga polega na wydzierżawieniu mienia publicznego lub jego sprzedaży spółce o niewielkim kapitale założycielskim;
- 8) lokalną i sieciową – lokalna komercjalizacja polega na przejęciu mienia i działalności jednego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, sieciowa – na przejęciu mienia i działalności wielu zakładów w różnych miejscowościach; może prowadzić do powstania sieci przychodni czy też szpitali [Kubot 2009, s. 5–22].

Należy podkreślić, że przepisy ustawy o działalności leczniczej nie wiążą komercjalizacji szpitala z jego prywatyzacją. Jest to zatem – w założeniach ustawodawcy – komercjalizacja nieprywatyzacyjna, w której podmiot publiczny zachowuje pełną kontrolę nad powstałą spółką.

Zastosowanie pojęcia komercjalizacja szpitala do określenia procesu polegającego na przekształcaniu publicznego zakładu w spółkę kapitałową determinuje również zakres pojęcia skomercjalizowany szpital. Takie pojęcie stosują P. Horosz, A. Grzesiok-Horosz i K. Skowron, uznając, że skomercjalizowany szpital oznacza szpital, który został przekształcony w spółkę prawa handlowego na podstawie przepisów zawartych w ustawie o działalności leczniczej [Horosz 2012, s. 23].

Warto w tym miejscu zdefiniować pojęcie spółki handlowej, a w jej ramach – spółki kapitałowej. Spółka jest prawną formą współdziałania dwóch lub większej liczby osób dla łatwiejszego osiągnięcia wspólnego celu gospodarczego. Prawo dopuszcza również możliwość tworzenia i istnienia niektórych spółek z udziałem jednego wspólnika (spółki jednoosobowe), a także powoływania ich dla celów niegospodarczych. Spółki handlowe dzielą się na spółki osobowe i spółki kapitałowe. Do spółek osobowych zalicza się spółkę jawną, spółkę partnerską, spółkę komandytową, spółkę komandytowo-akcyjną. Z kolei do spółek kapitałowych należą spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna.

Zgodnie z art. 3, kodeksu spółek handlowych (Ustawa z dnia 15 września 2000 roku), przez umowę spółki handlowej wspólnicy albo akcjonariusze zobowiązują się dążyć do osiągnięcia wspólnego celu przez wniesienie wkładów oraz, jeżeli umowa albo statut spółki tak stanowi, przez współdziałanie w inny określony sposób. Pomiędzy spółkami osobowymi i kapitałowymi zachodzi wiele istotnych różnic. J. Kufel i W. Siuda [2001] wymieniają niektóre z nich. Spółki kapitałowe są

Tabela 3.13. Różnice między SPZOZ a NZOZ prowadzonym przez spółkę prawa handlowego

SPZOZ	Spółka prawa handlowego NZOZ
Nadzór właścicielski	
Rada społeczna – ciało doradcze. Udział przedstawicieli, którzy nie ponoszą odpowiedzialności za wyniki, np. związków zawodowych	Rada nadzorcza – ciało nadrzędne. Przedstawiciele dobrani według kategorii merytorycznych – odpowiedzialność karna
Zarząd i rada jednostki samorządu terytorialnego – odpowiedzialność polityczna	Zgromadzenie wspólników – ciało właścicielskie – odpowiedzialność karna
Nadzór upolityczniony	Nadzór sprofesjonalizowany, procedury jasno określone w kodeksie spółek handlowych
Zarządzanie w jednostce	
Odpowiedzialność rozmyta między kierownictwem i organem założycielskim – odpowiedzialność polityczna	Zarząd odpowiada za gospodarkę mieniem, zobowiązania finansowe, i za procedury określone w kodeksie spółek handlowych
Długotrwałe procedury uzgadniania i generowania decyzji (zarząd jednostki samorządu terytorialnego, komisja rady, rada powiatu)	Zarząd samodzielnie podejmuje decyzje i ponosi za nie odpowiedzialność
Wiele działań wymaga formalnej zgody organu założycielskiego	Większa swoboda, szybkość i elastyczność działania
Brak odpowiedzialności za zadłużanie i za działalność na szkodę zakładu w imię „wyższej konieczności”	Odpowiedzialność karna za działalność na szkodę spółki (np. brak reakcji na zadłużenie)
Gospodarka finansowa	
Zakład nie może być zlikwidowany z powodu ujemnego wyniku finansowego	Przekroczenie zobowiązań powyżej kapitału zakładowego – automatyczny wniosek o upadłość
Ujemny wynik finansowy jest pokrywany przez organ założycielski	Ujemny wynik jest pokrywany przez masę upadłościową
Gospodarka finansowa prowadzona na zasadach ogólnych	Zasady gospodarki finansowej oraz struktura sprawozdań finansowych określone szczegółowo w kodeksie spółek handlowych
Brak realnej odpowiedzialności dyrektora za nierzetelność	Odpowiedzialność karna za nieprawdziwe informacje i działanie na szkodę spółki
Odpowiedzialność kierownika	
Sformułowana ogólnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (później w ustawie o działalności leczniczej)	Regulowana szczegółowo przez kodeks spółek handlowych
Odpowiedzialność przed komisją dyscypliny finansów publicznych oraz odpowiedzialność polityczna	Odpowiedzialność karna, której zasady są szczegółowo uregulowane w kodeksie spółek handlowych

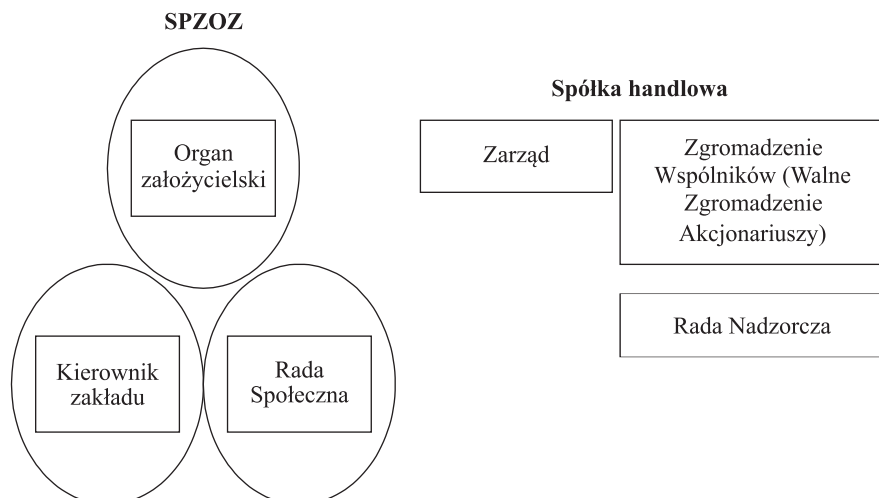
SPZOZ	Spółka prawa handlowego NZOZ
Brak procedur, na przykład: odrzucenie sprawozdania rzeczowo-finansowego nie jest równoznaczne z odwołaniem dyrektora. Brak środków przymusu do planowania i dokładnej realizacji założeń	Coroczne sprawozdanie opiniowane przez radę nadzorczą oraz przyjmowane bądź odrzucane przez zgromadzenie wspólników. Nieprzyjęcie sprawozdań równoznaczne z odwołaniem zarządu. Procedura określona w kodeksie spółek handlowych
Polityczna ocena działalności	Ocena merytoryczna z punktu widzenia standardowych sprawozdań
Pozyskiwanie środków zewnętrznych	
–	Równorzędne z innymi podmiotami gospodarczymi
Ograniczony dostęp do kredytów, leasingów itp. spowodowany trudnością w jednoznacznej ocenie wiarygodności finansowej	Dostępność wszystkich instrumentów finansowych. Ocena wiarygodności i efektywności funkcjonowania według standardowych procedur
Dostęp do niektórych środków Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego	Nieskrępowany dostęp do kapitałów zewnętrznych, środków Unii Europejskiej, instrumentów sektorowych
Sprawy pracownicze	
Konkursy na stanowisko kierownika zakładu według zasad określonych w ustawie	Kryterium efektywności zarządzania
Konkursy na stanowiska ordynatorskie według zasad określonych w ustawie	Brak wymogu konkursowego – kryterium efektywności działania
Regulaminy płacowe uzależnione od zapisów ustawowych i rozporządzeń ministerialnych preferujących staż pracy, a nie efektywną pracę	Przejrzyste regulaminy płacowe wyłącznie na bazie kodeksu pracy, płaca zależna od efektów

Źródło: Kachniarz 2008, s. 141–142.

wyposażone w osobowość prawną (są osobami prawnymi), natomiast spółki osobowe nie mają osobowości prawnej (nie są osobami prawnymi), nie są podmiotami na gruncie prawa cywilnego, mają jednak pewne cechy osób prawnych, na przykład zdolność zaciągania zobowiązań. Struktura organizacyjna spółki kapitałowej jest określona przepisami kodeksu i swoboda wspólników w jej kształtowaniu jest ograniczona. Spółka kapitałowa musi mieć organy przewidziane przepisami (zgromadzenie wspólników, zarząd), natomiast spółka osobowa może mieć dowolną strukturę organizacyjną, określoną przez wspólników w umowie.

Majątek spółki w spółce kapitałowej stanowi własność spółki. Z kolei w spółce osobowej majątek spółki jest współwłasnością wspólników. Jest to majątek wydzielony, a więc odrębny od majątku wspólników, służący tylko spółce, przeznaczony na jej cele, ale niebędący jej własnością. Prowadzenie spraw spółki w spółkach kapitałowych należy do organów spółki. W spółkach osobowych prowadzenie spraw spółki należy bezpośrednio do wspólników. Zawieranie umów

w spółkach kapitałowych należy do zarządu spółki. W spółkach osobowych, spółkę reprezentują wspólnicy. Skład osobowy w spółkach kapitałowych ma drugorzędne znaczenie, a do istotnych cech tych spółek należy jego płynność, co umożliwia zasada, że akcje (udziały) w spółkach kapitałowych są zbywalne. W spółkach osobowych skład wspólników odgrywa istotną rolę i jest w zasadzie trwały. Kolejną różnicą jest, że odpowiedzialność za zobowiązania spółki w spółkach kapitałowych ponosi jedynie spółka. W spółkach osobowych za zobowiązania spółki odpowiadają wspólnicy [Kufel i Siuda 2001, s. 53–54].



Rysunek 3.11. Rodzaj organów w SPZOZ i w spółce handlowej

Źródło: Kunkiel-Kryńska 2009, s. 10.

Art. 59, ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że szpital samodzielnie pokrywa swoje zobowiązania. Gdy jednak osiąga on ujemny wynik finansowy, którego nie jest w stanie pokryć, organ założycielski może: pokryć ze środków własnych ujemny wynik finansowy szpitala za rok obrotowy w ciągu trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia jego sprawozdania finansowego lub dokonać likwidacji szpitala. Możliwa jest też zmiana formy organizacyjno-prawnej poprzez przekształcenie szpitala w spółkę kapitałową – a zatem dokonanie komercjalizacji. Formalności, jakie należy zrealizować przy komercjalizacji SPZOZ, zaprezentowano w tabeli 3.14.

Przepisy (art. 59, ust. 2 ustawy o działalności leczniczej) ściśle ograniczają w czasie możliwość pokrycia przez podmiot tworzący ujemnego wyniku finansowego szpitala z własnych środków. W przypadku gdy wynik finansowy szpitala za rok obrotowy, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną, samorząd może go pokryć ze środków własnych w terminie do trzech miesięcy, od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. Obowiązek taki może powstać

Tabela 3.14. Postępowanie przy komercjalizacji SPZOZ

Lp.	Formalności, których należy dokonać w celu likwidacji SPZOZ i utworzenia w jego miejsce niepublicznego ZOZ
1.	Plan restrukturyzacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej
2.	Uchwała Rady Powiatu w sprawie likwidacji SPZOZ. Należy w niej ustalić dzień otwarcia likwidacji, dzień zakończenia działalności medycznej, termin zakończenia czynności likwidacyjnych oraz podmioty, które zapewnią świadczenia zdrowotne mieszkańcom powiatu korzystającym dotychczas ze świadczeń likwidowanego zakładu, wśród nich wymienić spółkę utworzoną przez powiat
3.	Uchwała Rady Powiatu w sprawie utworzenia spółki z o.o. Nazwa spółki nie powinna sugerować, że powiat tworzy szpital lub zakład opieki zdrowotnej
4.	Uchwała Zarządu Powiatu w sprawie powołania likwidatora SPZOZ
5.	Umowa z likwidatorem o przeprowadzenie procesu likwidacji. Likwidator przygotowuje między innymi harmonogram likwidacji, powiadamia wierzycieli o likwidacji, rozwiązuje umowy z pracownikami
6.	Akt założycielski spółki (jeżeli powiat jest jedynym wspólnikiem) lub umowa spółki (jeżeli są inni wspólnicy) w formie aktu notarialnego. Akt założycielski powinien być zaakceptowany przez zarząd powiatu, zarząd powinien wyznaczyć przedstawicieli do podpisania aktu przed notariuszem. Akt powinien być jednocześnie protokołem z pierwszego zgromadzenia wspólników i powinien powołać zarząd spółki, wtedy bowiem zarząd spółki może niezwłocznie podjąć dalsze działania
7.	Zgromadzenia kapitału założycielskiego, założenie rachunku bankowego
8.	Rejestracja spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym Sąd wydaje odpis postanowienia o wpisie do KRS oraz zaświadczenie o dokonaniu wpisu
9.	Wniosek o nadanie numeru REGON oraz NIP dla spółki
10.	Wniosek do KRS o wpis numeru REGON
11.	Zgłoszenie spółki do ZUS
12.	Uchwała zgromadzenia wspólników spółki (jeżeli powiat jest jedynym udziałowcem, to funkcje tę sprawuje zarząd powiatu) w sprawie utworzenia przez spółkę niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej
13.	Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie nadania statutu NZOZ
14.	Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie powierzenia funkcji kierownika NZOZ. (kierownik powinien spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia). Można ją powierzyć prezesowi zarządu spółki, jeżeli spełnia wymogi
15.	Rejestracja NZOZ w rejestrze prowadzonym przez wojewodę. Rejestracji dokonuje zarząd spółki. Wojewoda wydaje decyzję o wpisie do rejestru
16.	Wniosek o nadanie numeru REGON dla NZOZ. Jeżeli spółka i NZOZ będą prowadzić odrębną księgowość, to należy również wystąpić o numer NIP dla NZOZ
17.	Wpisanie numerów REGON i NIP do rejestru wojewody
18.	Kontrakt NZOZ z NFZ. Należy opracować: plan działania szpitala w nowej strukturze na najbliższy rok, regulamin organizacyjny wraz ze strukturą organizacyjną, proponowaną obsadą kadrową, zasady wynagradzania, formę przekazania spółce budynków i mienia ruchomego niezbędnego do prowadzenia szpitala

Źródło: Gumieniak 2005, za: Kachniarz 2008, s. 143–145.

po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego szpitala, za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, a więc za rok 2012 [Horosz 2012, s. 35].

Zgodnie z art. 190 ustawy *o działalności leczniczej*, jeśli podmiot tworzący przekształci swój szpital w spółkę kapitałową do dnia 31 grudnia 2013 roku, to przejęte przez niego zobowiązania, zostaną umorzone. Zgodnie z powyższym artykułem, szpital w takiej sytuacji może się ubiegać o dotację celową z budżetu państwa. Warunki uzyskania dotacji określone w art. 197 ustawy obejmują: wpisanie spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ do rejestru przedsiębiorstw nie później niż do 31 grudnia 2013 roku, zawarcie ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego.

M. Jakubaszek podkreśla, że wniosek o dotację celową można złożyć jedynie do 31 grudnia 2013 roku, ale też w tym samym terminie, spółka powstała wskutek przekształcenia SPZOZ musi być wpisana do rejestru przedsiębiorców¹⁸. Dotacja może zostać przeznaczona na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ odsetek od nich lub na pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82, ust. 1 i 2 ustawy. Dotacja niewykorzystana albo niewłaściwie wykorzystana podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych [Jakubaszek, 2011, s. 22–23].

Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2011 roku *w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową* przedstawia ramowe wzory aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub w spółkę akcyjną¹⁹.

¹⁸ Wniosek o dotację nie może być złożony przed wpisem spółki do rejestru przedsiębiorców, nawet jeśli do 31 grudnia 2013 roku spółka znalazłaby się w tym rejestrze. Art. 198, ust. 1 ustawy wymaga, aby do wniosku załączyć dokumenty potwierdzające spełnienie warunków uzyskania dotacji określonych w art. 197. Zatem wniosek nie może być złożony wcześniej, kiedy spółka jeszcze funkcjonuje w organizacji. Powodowałoby to braki formalne. Wniosek złożony po 31 grudnia 2013 roku podlega zwrotowi bez rozpatrzenia.

¹⁹ Ustawodawca przedstawia w ustawie: akt założycielski/umowę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością: (regulacje dotyczące postanowień ogólnych, przedmiotu działania spółki, kapitału, praw i obowiązków wspólników, organów spółki, Zarządu, Rady Nadzorczej, Zgromadzenia Wspólników, gospodarki finansowej spółki, postanowień publikacyjnych, postanowień końcowych) oraz przedstawia regulamin spółki (postanowienia ogólne, cel działania i zadania spółki, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych, strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa spółki, sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa spółki, organizację i zadania poszczególnych jednostek/ komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa spółki oraz warunki współdziałania tych jednostek/komórek, warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat, wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych, wysokość opłaty

W *Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010* [2011] przedstawiono dane statystyczne na temat skali, zaawansowania i dynamiki procesów przekształceń od 1999 roku.

Tabela 3.15. Struktura zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, stan na dzień 31.12.2010 roku

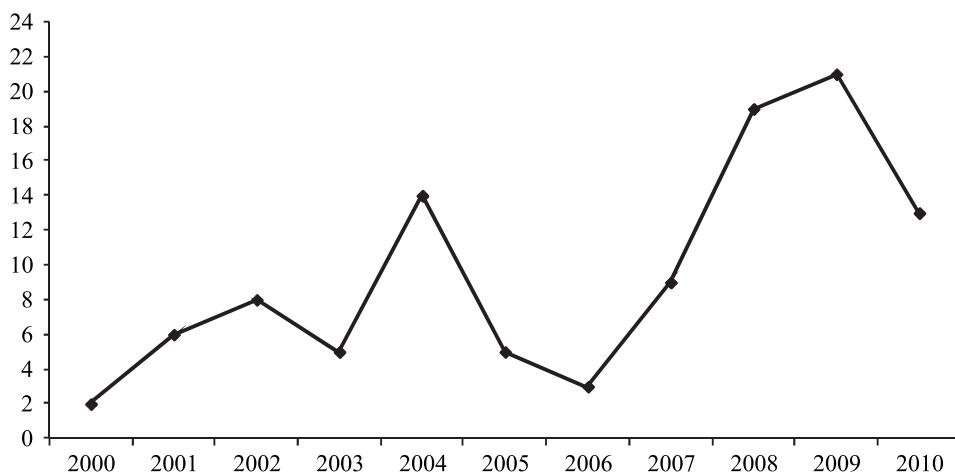
Wyszczególnienie	Liczba ZOZ-ów ogółem	Zakłady stacjonarne	Zakłady leczenia ambulatoryjnego
Ogółem	18598	736	17862
w tym:			
– publiczne ZOZ-y	2272	581	1691
– niepubliczne ZOZ-y	16326	155	16171
w tym:			
SPZOZ przekształcony decyzją jednostki samorządu terytorialnego	114	309	423

Źródło: Dane na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl, za: *Informacja o przekształceniach 2011*, s. 2.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2010 roku na rynku usług zdrowotnych działały 2272 publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przy czym 1499 samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (w tym 581 szpitali i 918 zakładów leczenia ambulatoryjnego), 773 publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące w formie: jednostek budżetowych i zakładów budżetowych (757) oraz instytutów badawczych (16 publicznych ZOZ-ów, w tym 14 szpitali). Z ogółu 2474 publicznych zakładów opieki zdrowotnej istniejących na dzień 31 grudnia 1999 roku do dnia 31 grudnia 2010 roku zmianami organizacyjno-prawnymi objęto 478 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym: 114 szpitali, 309 zakładów leczenia ambulatoryjnego, 55 oddziałów szpitalnych (tabela 3.15) [*Informacja o przekształceniach 2011*, s. 3].

Najczęściej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej były powoływane przez kapitałowe spółki prawa handlowego oraz spółki cywilne, przy czym najliczniejszą grupę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych na bazie majątku publicznych zakładów utworzyły spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (74% wśród spółek ogółem), natomiast spółki akcyjne znacząco mniej (2,3%). Pozostałe założone były przez spółki cywilne (15%) oraz osobowe spółki prawa handlowego: spółki partnerskie (5%) oraz spółki jawne (4%) [*Informacja o przekształceniach 2011*].

za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadku, o którym mowa w art. 24, ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, postanowienia końcowe). Podobne wytyczne odnoszą się do regulacji w ramach spółki akcyjnej.



Wykres 3.1. Liczba szpitali publicznych objętych przekształceniami własnościowymi w latach 2000–2010

Źródło: dane z urzędów wojewódzkich i wojewódzkich centrów zdrowia publicznego, udostępnione przez Ministerstwo Zdrowia, za: *Informacja o wynikach kontroli 2011*, s. 11.

Najwięcej szpitali przekształcono w województwach: dolnośląskim (23), śląskim (16) i kujawsko-pomorskim (11). W pozostałych województwach przekształcono od jednego do ośmiu szpitali publicznych. Stopień zaawansowania procesu przekształceń własnościowych przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego (rozumiany jako procentowy udział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej objętych przekształceniami w ogólnej liczbie tych zakładów zarejestrowanych w kraju według stanu na dzień 31 grudnia 2010 roku) wynosił 28%. W poszczególnych województwach wskaźnik ten kształtował się w granicach od 1,2% w województwie podlaskim do 84% w województwie śląskim (wykres 3.2) [*Informacja o przekształceniach 2011*, s. 8–9].

Najwyższa Izba Kontroli w okresie od 1 września 2010 roku do 20 stycznia 2011 roku przeprowadziła kontrolę przekształceń własnościowych wybranych zakładów²⁰. Celem kontroli była ocena działań podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. W szczególności weryfikowano przebieg procesu likwidacji szpitali publicznych oraz zagospodarowanie składników majątkowych pozostałych po ich likwidacji. Zbadano i oceniono również sposób zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne zakłady opieki

²⁰ Uczestniczyło w niej 8 delegatur NIK oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Kontrolą objęto łącznie 31 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, 15 jednostek samorządu terytorialnego, 12 spółek z ograniczoną odpowiedzialnością powstałych w wyniku likwidacji SPZOZ-ów, 3 spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, którym jednostki samorządu terytorialnego wydzierżawiły majątek zlikwidowanych SPZOZ-ów, rezygnując z prowadzenia samodzielnej działalności w tym zakresie.

Tabela 3.16. Struktura spółek, które powołały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999–2010

Rodzaj spółki	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej		
	szpitale	zakłady leczenia ambulatoryjnego	oddziały szpitalne
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	102	244	45
Spółka akcyjna	9	3	0
Spółka partnerska	0	24	3
Spółka jawna	1	18	1
Spółka cywilna	1	73	6

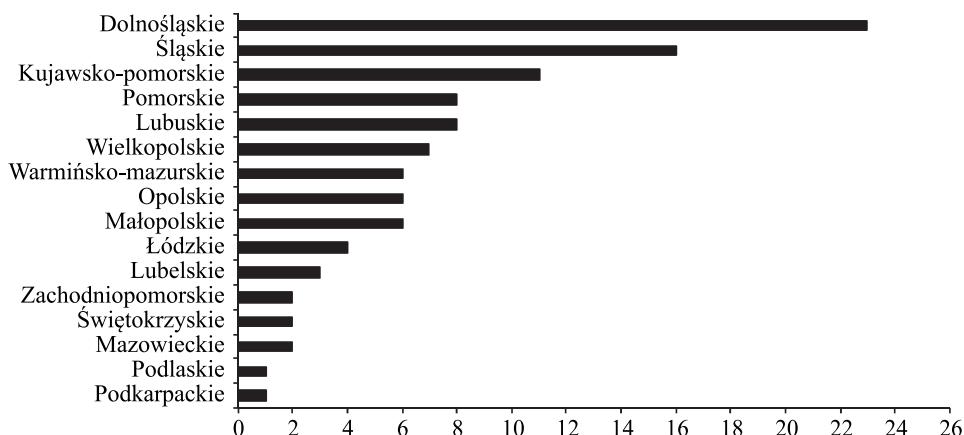
Źródło: Dane urzędów wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej, za: *Informacja o przekształceniach* 2011.

Tabela 3.17. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w Polsce „przekształcone” w latach 1999–2010, według podmiotu tworzącego

Jednostki samorządu terytorialnego	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	
	liczba spółek	struktura (%)
Województwa	42	8,8
Powiaty	143	29,9
Gminy	87	18,2
Miasta	206	43,1
Razem	478	100,0

Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej, za *Informacja o przekształceniach* 2011.

zdrowotnej oraz działania podejmowane przez ministra zdrowia na rzecz wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w dążeniu do zmiany formy prawno-organizacyjnej podległych im SPZOZ. Wyniki kontroli przedstawiono w raporcie NIK pod tytułem *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, nr ew. 104/2011/P/10/097/KPZ. W ogólnej ocenie Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na to, że zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w przypadku części kontrolowanych jednostek nie doprowadziła do zaprzestania generowania strat. Ponadto nie poprawiła się również dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jednostki samorządu terytorialnego w niewystarczającym stopniu monitorowały sytuację finansową nowo tworzonych podmiotów oraz zakres udzielanych przez nie świadczeń. W ocenie NIK niektóre organy założycielskie nie nadzorowały prawidłowo procesu likwidacji SPZOZ-ów. Podkreślano, że na niewystarczające efekty tych przekształceń wpływ miały zarówno czynniki



Wykres 3.2. Liczba szpitali objętych przekształceniami w Polsce w latach 2000–2010 według województw

Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej, za: *Informacja o przekształceniach 2011*.

wewnętrzne (brak konsekwentnych działań restrukturyzacyjnych), jak i uwarunkowania zewnętrzne, wynikające z ograniczonej wysokości kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W celu wspierania przekształceń, minister zdrowia uruchomił program wieloletni *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na nieprawidłowości w trakcie jego realizacji, polegające przede wszystkim na finansowaniu działań nieprzewidzianych w programie oraz na braku instrumentów niezbędnych do oceny skutków jego realizacji. We wniosku końcowym stwierdziła, że sama zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładu opieki zdrowotnej nie jest gwarancją, iż jego działalność nie będzie generowała strat, a pacjenci uzyskają istotną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Przekształcenie w spółkę prawa handlowego może poprawić zarządzanie placówką, nie zastąpi jednak konsekwentnej restrukturyzacji jednostki. Dlatego też tak istotne staje się ciągle monitorowanie otoczenia (wysokości kontraktów z NFZ, pojawiającej się konkurencji na rynku i rosnących oczekiwań pacjentów) w kontekście podniesienia efektywności działania [*Informacja o wynikach kontroli 2011*, s. 6].

Podobnie jak Najwyższa Izba Kontroli wskazywała nieprawidłowości i zalecenia w stosunku do procesu przekształceń, w przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia *Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010* podkreślano bariery w przekształceniach samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, o charakterze: prawnym, politycznym, ekonomicznym i społecznym [*Informacja o przekształceniach 2011*, s. 13–14]:

- Bariery prawne:
 - brak regulacji prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego,
 - długotrwały proces uchwałodawczy ze strony jednostek samorządu terytorialnego,
 - konieczność przeprowadzenia likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (likwidacja wydłużała czas przekształcenia zakładów),
 - brak przed 2009 rokiem mechanizmów zachęcających jednostki samorządu terytorialnego do przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dotacje, pożyczki).
 - Bariery ekonomiczne:
 - obciążenie budżetu jednostki samorządu terytorialnego zobowiązaniami likwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - brak motywacji do przekształcania w sytuacji dobrej kondycji finansowej zakładów,
 - wysokie koszty przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - obawy przed utratą środków budżetowych.
 - Bariery społeczne:
 - negatywne nastawienie związków zawodowych,
 - nieuzasadnione obawy społeczne przed ograniczeniem dostępności do bezpłatnych usług zdrowotnych,
 - obawy przed likwidacją samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
 - Bariery polityczne:
 - wykorzystywanie prywatyzacji jako zjawiska negatywnego w kampaniach politycznych.
- Liczbę zakładów przekształconych w latach 1999–2010 przedstawiono w załączniku 4.

3.7. Przesłanki działań prywatyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej

W okresie obowiązywania zasad gospodarki scentralizowanej, polski sektor opieki zdrowotnej został całkowicie zmonopolizowany przez państwo. Budżet państwa był jedynym źródłem finansowania i właścicielem jednostek ochrony zdrowia. Panowało wówczas przekonanie, że państwowa służba zdrowia jest w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne polskiego społeczeństwa. M. Dziubińska-Michalewicz uważa, że niezadowolenie pacjentów i pracowników służby

zdrowia z funkcjonującego systemu oraz rosnące koszty jego funkcjonowania wymusiły potrzebę głębokich zmian systemowych, w tym wprowadzanie zasad rynkowych i przełamania monopolu państwa. Doniosłym aktem prawnym stymulującym rozwój sektora niepublicznego była *ustawa o działalności gospodarczej*, która w decydujący sposób wpłynęła na rozmiar i tempo rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej. Ustawa dopuszczała prywatyzację założycielską, umożliwiając tym samym tworzenie prywatnych gabinetów. Znaczący wpływ na rozwój prywatnych placówek miało przyjęcie ustawy *o zawodzie pielęgniarki i położnej* oraz *ustawy o zawodzie lekarza*, które wprowadziły nowe formy organizacyjno-prawne zarówno indywidualnych, jak i grupowych praktyk lekarskich, pielęgniarskich oraz położniczych [Dziubińska-Michalewicz 2004, s. 1–2]. Kolejnym znaczącym uregulowaniem była *ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw*, która umożliwiła zmianę osobowości prawnej jednostkom publicznym. Było to możliwe w drodze prywatyzacji założycielskiej lub prywatyzacji likwidacyjnej. S. Krajewski podkreśla, że od roku 1990 prywatyzacja przedsiębiorstw państwowych jest stałym elementem polskiej gospodarki. Jednocześnie zwraca uwagę, że prywatyzacja w Polsce, a także w innych transformujących się gospodarkach, jest zaledwie niewielkim fragmentem globalnego procesu prywatyzacji dokonującego się w ciągu ostatnich stuleci na świecie. Nasilenie procesów prywatyzacyjnych w byłych krajach realnego socjalizmu nie wynikało jednak z uwarunkowań mikroekonomicznych, gdzie zmiany własności analizowane są najczęściej z punktu widzenia kryteriów efektywnościowych, a z upadku doktryny marksistowskiej, w której kryterium efektywności mikroekonomicznej nie odgrywało najważniejszej roli. Prywatyzacja dokonująca się powszechnie wynikała więc przede wszystkim z upadku systemu ze względów politycznych [Krajewski 2009, s. 37].

Dogłębnej analizy istoty prywatyzacji w polskich warunkach dokonał H. Sobolewski. Jego zdaniem, prywatyzację należy traktować jako proces przemian własnościowych powodujący zmniejszanie roli państwa w kierowaniu życiem gospodarczym na rzecz dominującego w tym zakresie sektora prywatnego. H. Sobolewski podaje, że najkrócej przyjmując, prywatyzacja to akt przekazania prywatnemu właścicielowi państwowego mienia [Sobolewski 2011, s. 42]. L. Balcerowicz dokonał rozróżnienia procesów prywatyzacji, wyddzielając szerokie ujęcie prywatyzacji gospodarki, w sensie zwiększania się rozmiarów udziału sektora prywatnego w całej gospodarce, oraz ujęcie wąskie, rozumiane jako przesuwanie przedsiębiorstw lub ich majątków do sektora prywatnego [Balcerowicz 1994, s. 5].

Z kolei S. Krajewski, dokonując wnikliwej analizy, wymienia kilka celów prywatyzacji w krajach postkomunistycznych. Autor wskazuje na cele ekonomiczne wynikające z niskiej efektywności przedsiębiorstw państwowych oraz na założenia, że własność prywatna doprowadzi do poprawy efektywności gospodarowania.

Z punktu widzenia makroekonomicznego prywatyzacja zmniejsza rolę państwa, umożliwia stworzenie efektywnego i elastycznego sektora prywatnego, ogranicza monopolizację i rozszerza konkurencję. Z kolei cele systemowo-polityczne były związane z przechodzeniem od gospodarki nakazowej, centralnie sterowanej i opartej na społecznej własności środków produkcji do gospodarki rynkowej z dominującą rolą sektora prywatnego. We wszystkich krajach postkomunistycznych, niezależnie od zakładanego docelowego kształtu gospodarki rynkowej, przekształcenia własnościowe stanowiły integralny element reform systemowych. Prywatyzacja umożliwia nie tylko zwiększenie efektywności mikroekonomicznej, ale tworzyła także sprzyjające warunki do podejmowania innych działań reformatorskich i tworzenia infrastruktury rynkowej. Ograniczenie roli własności publicznej miało też zapewnić nieodwracalność procesu transformacji. Na uwagę zasługują także cele fiskalne i społeczne prywatyzacji. Pierwsze z nich wiązały się z oczekiwanym wzrostem dochodów budżetowych ze sprzedaży przedsiębiorstw państwowych, a także z możliwościami zmniejszenia dotacji budżetowych dla nierentownych podmiotów sektora publicznego. Prywatyzacja może więc być postrzegana jako ważny czynnik sprzyjający reformie systemu finansowego (zmniejszenie deficytu budżetowego lub uzyskiwanie środków na finansowanie ważnych wydatków). Natomiast cele społeczne prywatyzacji polegały na zjedynowaniu zwolenników reform systemowych [Krajewski 2009, s. 30].

Prywatyzacja w ochronie zdrowia jest przedmiotem dyskusji w większości krajów europejskich. Procesy prywatyzacyjne są często zalecane jako panaceum na wszelkiego rodzaju problemy pojawiające się w ochronie zdrowia [Albrecht 2009, s. 448–450]. Zdaniem W.C. Włodarczyka, prywatyzacja jest drugim, obok decentralizacji, znaczącym tematem współczesnych sporów w sprawie naprawy ochrony zdrowia. Postulat prywatyzacji wiąże się, w sposób konieczny, ze zwiększeniem roli mechanizmu rynkowego, a przecież naturalną postacią, przynajmniej w sensie historycznego pierwszeństwa, była gospodarka rynkowa, oparta na prywatnej własności. Rozpowszechniające się z czasem różne formy interwencji państwa doprowadziły do ograniczenia naturalnych mechanizmów. Tak więc prywatyzacja jest procesem, który polega na przywracaniu gospodarce jej naturalnej postaci [Włodarczyk 1996, s. 328–331]. R. Pipes, w swojej książce *Revolucja rosyjska* pisze, że sukces rewolucji październikowej w Rosji był możliwy przede wszystkim dlatego, że w tym kraju nigdy nie było szacunku dla prawa, szczególnie dla prawa własności. W dowolnej chwili aktualnie panujący władca mógł pozbawić każdego obywatela dowolnego przedmiotu będącego jego własnością [Pipes 2007, za: Koziarkiewicz 2008, s. 117].

Prywatyzacja placówek medycznych nie przebiegała jednak w „głównym nurcie” reformy. Dokonywała się ona niejako obok zmian zaplanowanych przez reformatorów i była zdecydowanie procesem oddolnym [Buliński 2009, s. 75]. Prywatyzację jako proces ekonomiczno-społeczny charakteryzuje różnorodność

znaczeń i motywów. Do głównych znaczeń terminu prywatyzacja zalicza zmianę formy własności z publicznego na prywatną. Jest to najbardziej powszechna (wąska, konwencjonalna) definicja. W określeniu tym nie można pominąć zbliżania warunków i sposobów działania jednostek sektora publicznego do tych właściwych sektorowi prywatnemu. Jest to proces zwany komercjalizacją. Pojęcie to zawiera również kontraktowanie na zewnątrz, więc sytuację, gdy nie dochodzi do prawnej zmiany charakteru własności, a jedynie zleca się prywatnym wykonawcom wykonywanie określonych prac czy funkcji będących dotąd w gestii sektora publicznego. Prywatyzacja rozumiana jest także jako proces spontanicznego powstawania przedsiębiorstw prywatnych, co prowadzi do zmiany struktury własnościowej gospodarki, to jest przesunięcia proporcji między różnymi formami własności [Savas 1992, s. 76].

Według K. Tymowskiej prywatyzacja rozumiana jest jako zwiększenie roli sektora własności prywatnej w systemie opieki zdrowotnej zarówno po stronie dostawców świadczeń zdrowotnych, jak i wśród instytucji dysponujących środkami na pokrycie kosztów świadczeń. Prywatyzacja może dotyczyć usług medycznych, zarządzania, majątku [Tymowska 1999, s. 15]. Z kolei zdaniem I. Zacharko, prywatyzacja oznacza twórczy proces wykonywania zadań publicznych przez podmioty niepubliczne, który odbywa się w formach i metodach prawa prywatnego [za: Zemke-Górecka 2010, s. 258]. S. Biernat wyraża opinię, że prywatyzacja zadań publicznych nie tworzy jednolitej instytucji prawnej, albowiem odzwierciedla ona zbiorcze określenie dla grupy rozwiązań prawnych obejmujących wszelkie przejawy odstępowania od wykonywania zadań przez podmioty administracji publicznej działające w formach prawa publicznego [Biernat 1994, s. 25–40].

Zgodnie z art. 20 Konstytucji RP, podstawą rozwoju gospodarczego jest społeczna gospodarka rynkowa, oparta na wolności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych. Ustawodawca przewidział tym samym wykonywanie pewnego katalogu zadań publicznych przez podmioty spoza sektora publicznego [Zemke-Górecka 2010, s. 259]. Prywatyzacja nie powinna być celem samym w sobie, lecz narzędziem umożliwiającym osiągnięcie celów gospodarczych. Z pozycji państwa cele prywatyzacji mają charakter wieloaspektowy i wielopłaszczyznowy. Do podstawowych należy nie tylko zmniejszenie roli państwa w gospodarce czy stworzenie efektywności i elastyczności sektora prywatnego, ale także zmniejszenie wydatków rządowych (z tytułu subsydiowania podmiotów źle działających), zwiększenie dochodów rządu oraz wzrost efektywności przedsiębiorstw. Cele te obejmują także podniesienie jakości dóbr i usług, decentralizację gospodarki i rozszerzenie grupy właścicieli zasobów gospodarczych oraz przyciągnięcie nowych inwestycji. Z punktu widzenia podmiotów gospodarczych celem prywatyzacji może być: przyciągnięcie nowych inwestycji, przeprowadzenie restrukturyzacji przedsiębiorstwa, wprowadzenie nowych metod zarządzania, a także wprowadzenie nowych technologii

i nowych produktów. Ponadto wskazać należy na podniesienie efektywności, jakości i racjonalności firmy, wejście na nowe rynki oraz podniesienie konkurencyjności przedsiębiorstwa [Zalega 2002, s. 77–78].

B. Jaworska-Łuczak rozpatruje prywatyzację na różnych poziomach jej przeprowadzenia. Zwraca uwagę na prywatyzację zarządzania opartą na kontrakcie menedżerskim. W takim wypadku dyrektor zakładu ma zarejestrowaną prywatną jednoosobową spółkę do spraw zarządzania. Z zakładem pracy związany jest umową cywilnoprawną, a nie umową o pracę. Umowa ta w znaczący sposób uniezależnia dyrektora od organu założycielskiego, choć jednocześnie nakłada na niego odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Prywatyzacja zarządzania najbardziej odpowiada zakładom planującym znaczne działania (usługi) kapitałochłonne, specjalistyczne lub ogarniające swymi usługami dużą populację. Autorka podkreśla rolę prywatyzacji częściowej dotyczącej głównie tzw. służb pomocniczych. Służy ona poprawie produktywności środków publicznych przez wykorzystanie zysku płynącego z wydajności, związanej z uczestnictwem w sektorze prywatnym. Niesie też konsekwencje społeczne poprzez redukcję zatrudnienia korzystną dla zakładu z ekonomicznego punktu widzenia. Z kolei prywatyzacja świadczenia usług zdrowotnych polega na kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Podmiotem przyjmującym zamówienia może być niepubliczny zakład opieki zdrowotnej powstały na bazie zakładu publicznego i realizujący jego zadania. Takie rozwiązanie może pozytywnie wpłynąć na wzrost dostępności świadczeń, zwiększenie ich efektywności, obniżenie kosztów czy wprowadzanie zasad konkurencji. Natomiast prywatyzacja kosztów odnosi się do wydatkowania na opiekę zdrowotną z budżetów domowych [Jaworska-Łuczak 2002, s. 93–101].

Prywatyzacja procesu finansowania to wycofanie się państwa lub podmiotu publicznego z pełnionych wcześniej funkcji. Możliwe jest więc wspieranie rozwoju prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy też wspieranie dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń. Rozwiązaniem może być także wprowadzanie dodatkowych opłat wnoszonych przez pacjentów, rozwój metod zmniejszenia ryzyka ponoszonego przez prywatne firmy ubezpieczeniowe (system reasekuracji) czy ulgi podatkowe dla jednostek i instytucji wybierających prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Wśród propozycji warto wskazać na umożliwienie świadczenia prywatnych usług przy wykorzystaniu infrastruktury publicznych instytucji czy też dopuszczenie możliwości występowania z dotychczas przymusowego ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem że alternatywne ubezpieczenie tworzy dostateczne gwarancje dostępu [Newbrander i Parker 1992, s. 37–49, za: Włodarczyk 1996, s. 332].

Zwolennicy prywatyzacji wskazują zwykle, że sektor niepaństwowy w ochronie zdrowia zapewnia osiąganie większej efektywności w działaniu systemu: wyższej jakości świadczeń, większej swobody pacjenta w wybieraniu formy świadczeń odpowiadającej jego preferencjom, przy niezwiększaniu różnic w stanie zdrowia

i uzasadnionym korzystaniu [Włodarczyk 1996, s. 334]. K. Tymowska wśród argumentów za prywatyzacją wymienia przede wszystkim ucieczkę od słabości nadzoru właścicielskiego sprawowanego przez podmioty publiczne (słabości te to: biurokratyzacja nadzoru oraz realizacja pozaefektywnościowych celów, na przykład ochrona miejsc pracy w niepotrzebnych szpitalach, *moral hazard*), czy też konieczność pozyskania kapitału (publiczny jest niewystarczający) oraz osób o wysokich kwalifikacjach menedżerskich. Za prywatyzacją przemawia nie tylko przeciwdziałanie powstaniu koalicji dystrybucyjnych (koalicje te grupują polityków zarządzających instytucjami publicznymi i dysponentów środków publicznych, którzy działają w warunkach niejasnych reguł i kryteriów oceny, co sprzyja marnotrawstwu i umożliwia realizację partykularnych interesów), ale również tworzenie warunków dla budowania powiązań między instytucjami zdrowotnymi (koordynacja i integracja świadczeń). Korzyściami wynikającymi z prywatyzacji może być tworzenie atrakcyjnej, konkurencyjnej struktury po stronie świadczeń. Proces ten uzasadnia też wprowadzenie profesjonalnego zarządzania. Należy także wziąć pod uwagę głos, że przez wiele samorządów terytorialnych prywatyzacja zakładów im podległych jest postrzegana jako pozbycie się kłopotów związanych z ich własnością [Tymowska 2000, s. 138–147].

Pojawiają się także głosy chłodzące opinie na temat prywatyzacji i jej zalet, i to nie tylko na terenie Polski. Na przykład M. Angeli [2008] w swoim artykule krytykuje amerykański system i sferę prywatyzacji, uznając że prywatyzacja nie jest dobrym rozwiązaniem, gdyż przy rosnących kosztach za świadczenie, obniża się jakość.

Zalety prywatyzacji kwestionuje J. Marciniak, wskazując na traktowanie kupowanych obiektów służby zdrowia, zwłaszcza ziemi, jako przedmiotu spekulacji, zmianę profilu działalności po prywatyzacji (zaprzestanie produkcji usług pozbawia pacjentów możliwości korzystania ze świadczeń) oraz dążenie nowego właściciela do maksymalizacji zysku w krótkim czasie na skutek niszczącej eksploatacji, bez troski o przyszłość (celowe zmierzanie do upadłości w przyszłości) [Marciniak 2000, s. 26].

Wobec głosów przeciwnych, T. Albreht proponuje przy podejmowaniu decyzji o prywatyzacji systemu opieki zdrowotnej określenie jasnych celów polityki zdrowotnej. Jego zdaniem, część usług powinna być finansowana ze środków publicznych i realizowana przez publiczne zakłady, a sprywatyzowane usługi, świadczenia i zakłady powinny być regulowane, monitorowane i oceniane na takich samych warunkach jak ich publiczne odpowiedniki. Autor stwierdza, że pełna prywatyzacja opieki zdrowotnej stanowi zagrożenie dla równości i dostępności do usług w zakresie opieki zdrowotnej. Bardzo istotna jest przejrzystość i odpowiedzialność za korzystanie ze środków publicznych, zwłaszcza ze względu na obecny kryzys finansowy [Albreht 2009, s. 448–450].

W przypadku spółek z o.o. i akcyjnych powstałych w wyniku komercjalizacji szpitali należących do samorządu lub Skarbu Państwa żadne przepisy ustawy o działalności leczniczej nie stoją na przeszkodzie ich całkowitej lub częściowej prywatyzacji, jako kolejnego etapu przekształceń w polskiej służbie zdrowia. P. Horosz wyróżnia trzy możliwe sposoby prywatyzacji szpitali. Pierwszy to prywatyzacja poprzez sprzedaż przez jednostki samorządu terytorialnego lub Skarb Państwa części lub całości posiadanych przez nie udziałów lub akcji w spółce prowadzonej skomercjalizowany szpital. Ten sposób prywatyzacji z punktu widzenia sytuacji ekonomiczno-finansowej skomercjalizowanego szpitala jest dla niego najmniej korzystny, gdyż środki ze sprzedaży udziałów lub akcji zasila ją budżet podmiotu tworzącego (jednostki samorządu terytorialnego lub Skarbu Państwa), a nie kapitału spółki prowadzącej szpital. W wypadku zbycia wszystkich udziałów lub akcji podmiot publiczny traci możliwość kontroli takiej spółki i wpływu na jej działalność. Drugi sposób to prywatyzacja (częściowa) poprzez podwyższanie kapitału zakładowego spółki prowadzącej skomercjalizowany szpital i objęcie udziałów lub akcji w podwyższonym kapitale przez inwestora zagranicznego. Ten sposób jest z punktu widzenia skomercjalizowanego szpitala bardziej korzystny, gdyż oznacza pozyskiwanie przez prowadząca go spółkę nowych środków finansowych. Jednocześnie podmiot publiczny pozostaje jej udziałowcem lub akcjonariuszem, a zatem zachowuje możliwość wpływania na prowadzenie spraw spółki i sprawowania kontroli nad jej działalnością. Prywatyzacja w tym trybie może polegać na dokonaniu publicznej emisji akcji spółki prowadzącej skomercjalizowany szpital – również z możliwością ich wprowadzenia do obrotu giełdowego. Ostatnim sposobem jest prywatyzacja (częściowa) poprzez konwersję wierzytelności na udziały lub akcje spółki prowadzącej skomercjalizowany szpital [Horosz 2012, s. 125–126].

Opierając się na doświadczeniach międzynarodowych, zasadne wydaje się rozstrzygnięcie zasadniczych problemów przed rozpoczęciem działań prywatyzacyjnych w Polsce. Wymaga to bowiem politycznych decyzji. Niezwykle istotną kwestią jest określenie docelowego udziału jednostek prywatnych wśród dostawców świadczeń i etapów podjętego procesu, zakresu świadczeń zdrowotnych objętego prywatyzacją z powodu przekształceń zakładów oraz oczekiwanych efektów wynikających z procesu prywatyzacyjnego w wyznaczonej perspektywie czasowej (realny stopień zmniejszania zadłużenia w systemie, zagwarantowanie warunków zaprzestania generowania długów przez jednostki, finansowe oszczędności w systemie, poprawa zadowolenia pacjentów, zagwarantowanie warunków wdrażania nowych technologii medycznych. Ponadto konieczne jest stworzenie mechanizmu kontraktowania świadczeń zdrowotnych gwarantującego bezpieczeństwo ekonomiczne przekształconych jednostek i bezpieczeństwo pacjentów w zakresie korzystania ze świadczeń zdrowotnych, jak również opracowanie podstaw prawnych współpracy między sektorem prywatnym i publicznym oraz mechanizmów

służących kontroli jakości świadczeń [Strazisar 2007, za: Rydlewska-Liszkowska 2010, s. 56].

Jak podkreśla D. Młodzianowska, warunkiem koniecznym powodzenia procesów restrukturyzacji, a następnie komercjalizacji czy prywatyzacji placówek ochrony zdrowia oraz możliwości uruchomienia partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia jest ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Konieczne jest jednocześnie wprowadzanie możliwości współfinansowania świadczeń publicznych i całkowite finansowanie pewnej grupy świadczeń ze środków prywatnych. Pozostawienie zakładów w zasięgu wyłącznego finansowania ze środków publicznych, bez kontroli efektywności ekonomicznej i medycznej, nie doprowadzi do optymalizacji kosztów leczenia w połączeniu z optymalizacją korzyści dla pacjentów i podniesienia jakości świadczonych usług. Musi powstać obszar świadczeń współfinansowanych, motywujący do zachowania racjonalności ekonomicznej i pozwalający zarządzającym na uzyskiwanie dodatkowych środków finansowych na działanie podległej im jednostki [Młodzianowska 2006, s. 39]. Nie należy jednak prywatyzować obligatoryjnie wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, albowiem niemożliwa jest realizacja zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia przez podmioty administracji publicznej bez posiadania zaplecza organizacyjnego w postaci zakładów opieki zdrowotnej. Komercjalizacja jest alternatywą dla zadłużonych zakładów w przypadku gdy organ założycielski nie jest w stanie pokryć ujemnego wyniku finansowego [Zemke-Górecka 2010, s. 276]. Podobnego zdania są E. i R. Pietrusińscy, którzy wskazują, że trudno stwierdzić, czy wybór formy organizacyjno-prawnej, jaką jest spółka, stanie się antidotum na bolączki obecnej sytuacji szpitali. Wydaje się jednak, że może być szansą na poprawienie funkcjonowania jednostek szpitalnych. Na przykład spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ma zrozumiałą i logiczny system zarządzania. System jest bowiem oparty na doświadczeniach przed- i powojennych. Istnieje w spółce możliwość zachowania kontroli nad działalnością i utrzymanie jej celu społecznego, jakim jest realizacja świadczeń opieki zdrowotnej [Pietrusińscy 2010, s. 116].

Warto się przyjrzeć procesom prywatyzacyjnym w innych krajach. Na przykład ustawodawca niemiecki założył konieczność współistnienia na równych prawach szpitali publicznych i prywatnych. Od 1996 roku, wobec narastającego zadłużenia niektórych szpitali i braku możliwości sfinansowania ich deficytu ze środków samorządowych, podjęto próby prywatyzacji szpitali, wyróżniając następujące ich modele. Model pierwszy to sprzedaż zakładu przez „publicznego właściciela” z zachowaniem określonego zakresu dotychczasowej działalności, zgodnie z planem zabezpieczenia świadczeń hospitalizowanych na danym terenie. Model drugi to sprzedaż szpitala przez „publicznego właściciela” bez obowiązku kontynuacji świadczeń. Model trzeci polega na przekształceniu szpitala w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z zachowaniem przez „właściciela

publicznego” 100% udziałów. Kolejne rozwiązanie proponuje przekształcenie szpitala w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z zachowaniem przez „właściciela publicznego” części udziałów. Ostatnia propozycja odnosi się do przekazania zarządzania wyspecjalizowanej firmie. Jest to częste rozwiązanie stosowane w szpitalach niemieckich, odmienne od kontraktów menedżerskich w Polsce, gdzie kontrakt jest zawierany z osobą fizyczną. Kontrakt menedżerski w Niemczech dotyczy w szczególności: zagwarantowania zakresu świadczeń szpitala, rozgraniczenia zadań zarządu i kompetencji właściciela, powierzenia menedżerowi funkcji przełożonego z prawem wydawania poleceń współpracownikom szpitala, nałożenia na menedżera obowiązku informowania i składania sprawozdań właścicielowi [Zalega 2002, s. 98].

Ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku umożliwiła przeprowadzenie procesów przekształceniowych w systemie ochrony zdrowia. Mimo że w infrastrukturze systemowej pozostaje nadal forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, to jednak z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej kończy się możliwość zakładania takich podmiotów, a istniejące mają być motywowane do podejmowania procesu przekształcenia [Mokrzycka i Kowalska 2012, s. 282].

Podsumowanie

1. Programy restrukturyzacyjne wspierane przez Ministerstwo Zdrowia – wsparcie zarówno restrukturyzacji zatrudnienia, jak i restrukturyzacji finansowej (oddłużanie) – nie przyniosły spodziewanych efektów. Wprawdzie poprzez restrukturyzację zatrudnienia obniżono koszty osobowe zakładów, ale też bezpowrotnie utracono posiadany kapitał intelektualny. Także bezzasadne okazało się oddłużanie zakładów, skoro nie zdiagnozowano przyczyn zadłużenia oraz nie wprowadzono mechanizmów dobrego/lepszego zarządzania zakładem. Brak sankcji dla złych praktyk stał się demotywujący dla pozostałych.
2. Niepowodzenia restrukturyzacyjne są odzwierciedleniem braku skutecznej polityki zdrowotnej. Błędy popełniane są na wszystkich szczeblach. W ujęciu instytucjonalnym można przedstawić je następująco:
 - a. Ministerstwo Zdrowia. Analizując politykę zdrowotną w zakresie projektowania i wdrażania działań, które **kształtują system opieki zdrowotnej**, należy zidentyfikować braki w następujących obszarach:
 - rozwiązań legislacyjnych oraz aktów wykonawczych, w sposób równoprawny odnoszących się do podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
 - zdefiniowania odpowiedzialności za koordynację systemu opieki zdrowotnej, a tym samym podmiotu i zakresu nadzoru nad świadczeniodawcami

- i stroną redystrybuującą środki finansowe, w zakresie ewentualnych nadużyć przy wykorzystywaniu środków publicznych,
- dbałości o politykę zdrowotną w zakresie ochrony zdrowia – profilaktyki w kontekście zjawiska starzejącego się społeczeństwa; brak koordynacji opieki, programów wspierających osoby starsze (na przykład poprzez podatek pielęgnacyjny), doinwestowania domów opieki społecznej, opieki długoterminowej czy terminalnej,
 - wprowadzenia alternatywnych ubezpieczeń, powodujących decentralizację systemu,
 - determinacji w eliminowaniu szarej strefy, poprzez na przykład ulgi podatkowe – koszt świadczenia mógłby obniżyć podstawę opodatkowania,
 - nadzoru nad właścicielami publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w sytuacji dalszego zadłużania zakładu czy niewłaściwego wykorzystania środków publicznych,
 - kształcenia zawodowego kadr medycznych (zarówno pielęgniarских, jak i lekarzy – konieczność ciągłego doksztalcania; w przypadku personelu pielęgniarского nie ma takiej konieczności, jeśli osoba nie predestynuje do zajmowania stanowisk kierowniczych, wystarczają szkolenia wewnątrzoddziałowe), kształcenia menadżerskiego dla wszystkich osób zajmujących kierownicze stanowiska w zakładzie; konieczność wprowadzenia zmian w systemie kształcenia,
 - pozyskiwania z większą determinacją środków z funduszy strukturalnych na doinwestowanie zakładów oraz kształcenie kadr,
 - zmniejszania nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych (brak gromadzenia danych o osobach nisko uposażonych niekorzystających z usług lub po 65. roku życia, które także z różnych przyczyn z nich nie korzystają); brak gwarancji dostępu do świadczeń dla osób ubezpieczonych,
 - prowadzenia kampanii informacyjnej – zarówno dla świadczeniodawców, jak i dla pacjentów i ich bliskich o możliwości skorzystania z programów profilaktycznych pomocy socjalnej; przeciwdziałanie kampaniom (poprzez akcje informacyjne) przedstawiającym w negatywnym świetle procesy prywatyzacji w kontekście obawy społecznej, ograniczenia dostępu do bezpłatnych usług medycznych,
 - biurokracji i niejasności w zakresie programów rozliczeniowych, zbierania danych z rynku na temat zapotrzebowania na świadczenia i ich kosztów, niewiedza co do historii choroby pacjenta (brak na przykład elektronicznych kart zdrowia),
 - pomiaru efektów jakościowych, a nie ilościowych prowadzonych działań przez Ministerstwo Zdrowia.

- b. Narodowy Fundusz Zdrowia. Jako podmiot redystrybuujący środki finansowe nie ma wystarczających danych na temat zapotrzebowania na usługi. Poprzez mechanizm kontraktowania nie zachęca zakładów do inwestowania w systemy jakościowe, kwalifikacje kadry (lepsze miejsce w rankingu oferentów, a nie więcej punktów przy kontraktowaniu świadczeń).
- c. Usługodawcy:
- przedsiębiorcy – tendencja do obniżania kosztów prowadzonej działalności, przerzucania kosztów na sferę publiczną, brak motywacji do podnoszenia kwalifikacji kadry czy spełniania norm zatrudnienia; w przypadku usług świadczonych na zasadach komercyjnych ryzyko podnoszenia kosztów ponoszonych przez pacjenta oraz wystąpienia zjawiska: *popytu indukowanego podażą* w sytuacji, gdy wynagrodzenie dla podmiotu i lekarza będzie zależało od liczby przyjęć,
 - podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami: brak motywacji do przekształcania zakładu, negatywne nastawienie związków zawodowych do zmian, narażenie na korupcję, poprzez system wydłużonego oczekiwania, brak lub niewystarczające kwalifikacje osób zarządzających.
- d. Właściciel – w przydadku przedsiębiorcy zarzuty wymienione wyżej, natomiast w przypadku jednostek samorządu terytorialnego – pojawienie się ryzyka słabości organu założycielskiego do wprowadzenia zmian, braku wiedzy z zakresu możliwości wprowadzania zmian/ niezrozumienie czasami właściwych intencji kierownika podmiotu, upolitycznienie organu założycielskiego
- e. **PACJENT – brak jednoznacznej odpowiedzi, jaka instytucja/osoba reprezentuje interesy pacjenta. Wszystko wskazuje na to, że system został skonstruowany dla organu nadzorującego (Ministerstwa Zdrowia), a nie dla dobra pacjenta.**

Rozdział 4

Strategia projakościowa podmiotu leczniczego

4.1. Pojęcie jakości w usługach

Definiowanie pojęć jest od dawna uważane za jedno z najtrudniejszych zadań badaczy. W miarę postępów wiedzy w danej dziedzinie wzrastają trudności definicyjne. Termin „jakość” w usługach nie jest tu wyjątkiem. Trudno o jednoznaczną definicję ze względu na wiele odcieni znaczeniowych, które uzyskuje ten wyraz w różnych kontekstach. Nad terminem tym zastanawiali się już starożytni filozofowie. Mając szerokie spojrzenie na sprawy tego świata, doceniali rolę i znaczenie jakości¹. Współczesna terminologia w dziedzinie jakości rozwija się dynamicznie

¹ Kategoria jakości pojawiła się po raz pierwszy w dziełach filozofa chińskiego Lao Tsu. W swojej *Złotej Księdze* (Tao Te Cing) traktował on jakość jako doskonałość, której nie da się osiągnąć, lecz do której trzeba uporczywie dążyć [Wasilewski 1998b, s. 22]. Znacznie później, wybitny filozof starożytnej Grecji Platon (427–347 p.n.e.), twórca idealizmu obiektywnego, wprowadził do słownictwa pojęcie *jakość* pod greckim terminem *poiotes* (Cyceron stworzył łacińską terminologię filozoficzną dla określenia greckiego *poiotes* – *qualitas*. Nazwy te są podobne w różnych językach: w języku włoskim – *qualita*; *qualite* w języku francuskim; *quality* w języku angielskim i *Qualität* w języku niemieckim). W systemie filozoficznym Cycerona, świat rzeczywisty stanowił niedoskonałe odzwierciedlenie realnie istniejących doskonałych idei. W tym kontekście jakość konkretnych rzeczy oznaczała stopień osiągniętych przez nie doskonałości. Warto zauważyć, że takie rozumienie jakości akcentuje jej aspekt aksjologiczny oraz jej zbieżne z dominującym współcześnie rozumieniem jakości jako stopniem spełnienia stawianych wymagań. Z kolei uczeń i krytyk Platona, Arystoteles (384–322 p.n.e.), twórca kierunku metafizycznego, zaliczał jakość do zbioru dziesięciu najogólniejszych kategorii opisu rzeczywistości. Podstawą ontologii Arystotelesa był trychotomiczny podział obiektów w świecie na: rzeczy, cechy i stosunki (relacje). Pojęcie jakości pojawiło się w dwóch ujęciach: *metafizycznym* (jakość to różnica istoty) oraz *ontologicznym* (jakością jest to, na

od czasów drugiej wojny światowej, podczas której podjęto metodyczne badania nad jakością, rozpoczynając od statystycznych metod kontroli. W tym rozumieniu podejście do jakości można podzielić na trzy grupy:

- jakość jako cecha – na przykład zgodność z wymaganiami²;
- jakość jako relacja – w tym stopień zadowolenia klienta³;
- połączenie dwóch powyższych: a więc cecha (zespół cech), która wpływa na relację – zadowolenie klienta⁴.

mocy czego rzeczy są w pewien sposób określane) [Aristoteles 1990a, 1990b; Nieścior 2000, s. 2]. Warto zaznaczyć, że pojęcie jakości jako subiektywny sąd wartościujący można spotkać już u Platona. Twierdził on, że nie wszystko można zmierzyć i że orzeczenia oparte na kryteriach wymiernych nie mogą w pełni opisać rzeczy i zjawisk [Kindlarski i Bagiński 1994b, s. 7]. W błędzie byli więc między innymi wielcy mechanicyści: Galileusz, Newton, Laplace, którzy sprowadzając wszystkie zjawiska do zjawisk mechanistycznych starali się wyeliminować jakość z opisu rzeczy i zjawisk, aby w ten sposób stworzyć bezjakościowy obraz świata.

² Przykładem tej kategorii może być jakość definiowana przez P. Crosby'ego (*conformance to requirements*) jako zgodność wyrobu z wyspecjalizowanymi wymaganiami. Całe pokolenia inżynierów zostały wykształcone zgodnie z określeniem jakości zbliżonej do określenia P. Crosby'ego, gdzie zgodność wyrobu z wyspecjalizowanymi wymaganiami zawartymi w dokumentacji technicznej tego wyrobu lub w innych dokumentach wydaje się najbardziej wymiernym określeniem jakości [Oakland 1992, s. 5]. Jakość definiowana przez J. Juran i F. Gryfina to przede wszystkim przydatność użytkowa (*fitness for use*). W definicji konieczne stało się wprowadzenie pojęcia specyfikacji właściwości produktu, co spowodowało powstanie dwóch kryteriów przydatności użytkowej: jakość projektu i jakość wykonania. Następnie, wraz ze wzrostem złożoności produktu, powstały dwa nowe istotne parametry przydatności użytkowej, a mianowicie dyspozycyjność, tzn. zakres, w jakim użytkownik może mieć zapewnioną możliwość ciągłego użytkowania produktu, oraz stopień obsługi technicznej, tzn. zakresu napraw dokonywanych przez producenta i sprzedawcę w przypadku gdy produkt zawiedzie w działaniu [Juran i Gryfin 1974, za: Kindlarski i Bagiński 1994a, s. 8]. Z kolei jakość wyrobu przemysłowego definiowana jest jako całokształt właściwości określających jego przydatność do użytkowania zgodnie z przeznaczeniem [Dubowikow 1969, s. 31, za: Dyr, 1996, s. 17].

³ Przykładem tej kategorii może być definicja J. Oaklanda. Jego zdaniem, *jakość* to stopień zaspokajania potrzeb i spełnienia wymagań klienta [Hamrol i Mantura 1998, s. 114]. Powszechna w Japonii koncepcja utożsamia jakość z przyswajaniem przez organizację wiedzy dotyczącej oczekiwań klientów, bez względu na to, czy klient jest w stanie wyraźnie je określić. Jako definicję jakości godną powszechnego stosowania przyjmuje się zdolność organizacji do wprowadzenia i zapewnienia funkcjonowania procesu ciągłego pozyskiwania wiedzy w zakresie potrzeb klientów oraz jej implementacji. Według autorów tej koncepcji jakość nie jest techniką ani stosowanym podejściem do określonego problemu, jest natomiast najważniejszym ciągłym procesem zmian organizacji [Greene 1993, s. 217–221].

⁴ W tej kategorii *jakość* to przewidywany stopień jednorodności i niezawodności, przy możliwie niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku (*a predictable degree of uniformity and dependability at low cost and suited to the market*). To określenie według E. Deminga zawiera jednoznaczne wskazanie odnośnie do określonych miar jakości, tzn. przewidywaną jednorodność wykonania, niezawodność produktu w okresie użytkowania, możliwie niskie koszty wykonania oraz dostosowanie wyrobu do oczekiwań klienta (rynku) [Kindlarski i Bagiński 1994a, s. 8]. Zdaniem A. Feigenbauma, *jakość* jest to zbiorcza charakterystyka produktu i serwisu z uwzględnieniem marketingu, projektu, wykonania i utrzymania, które powoduje, że dany produkt i serwis spełniają

Należy zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu można spotkać poglądy uznające jakość za pojęcie pierwotne, niedefiniowalne, ponieważ *jego sens jest intuicyjnie zrozumiały i za każdym razem wynika z kontekstu, a stworzenie uniwersalnej definicji mija się z celem* [Kindlarski 1998, s. 19]. A. Kiliński, podsumowując rozważania na temat jakości, stwierdził: *musimy chyba zgodzić się z tym, że jakość to pojęcie pierwotne, którego nie definiuje się, a którego treść wynika z kontekstu, w którym się go używa* [za: Długosz 2000, s. 55]. Wypada dodać, że jakość ma charakter interdyscyplinarny i stąd definicje pojęć formułowane przez specjalistów reprezentujących poszczególne dziedziny wiedzy są niedoskonałe, gdyż opisują jedynie wycinek rzeczywistości. Biorąc pod uwagę różne grupy interpretacyjne, wyodrębnione według dziedzin wiedzy, o jakości można mówić w ujęciu: filozoficznym, technicznym, socjologicznym, humanistycznym, prawnym i ekonomicznym [Olejnik i Wieczorek 1982, s. 122; Haffer 2003, s. 58]. Rosnącej świadomości znaczenia jakości w aktywności rynkowej przedsiębiorstw towarzyszy rozwój jakościologii⁵. Jest to stosunkowo młoda i jeszcze nie w pełni ukształtowana dyscyplina naukowa [Hamrol i Mantura 2006, s. 15]. Jako pierwszy nazwę tę zaproponował w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia R. Kolman. Wskazywał, że jest to interdyscyplinarna dziedzina wiedzy zajmująca się wszelkimi zagadnieniami dotyczącymi jakości [Kolman 2002, s. 255].

oczekiwania użytkownika [Feigenbaum 1991, za: Hamrol i Mantura 2006, s. 114]. Definiując jakość dla celów związanych z zarządzaniem, należy uwzględnić możliwie najszersze spectrum potrzeb klienta i stopień ich zaspokojenia. Stąd jakość określana jest jako zespół charakterystyk produktu lub usługi, które składają się na zdolność do zaspokajania ustalonych lub sugerowanych potrzeb, a także jako całość cech produkcyjnych, marketingowych, technicznych, produktów lub usług, przez które będą zaspokajane potrzeby klienta [Lockyer, Muhlemann i Oakland 1991, s. 77–78]. Natomiast według Norm PN–EN 28402 przez jakość rozumie się ogół cech i właściwości wyrobu lub usługi decydujących o zdolności wyrobu lub usługi do zaspokojenia stwierdzonych lub przewidywanych potrzeb. Uwzględnienie w przedstawionej definicji usług sprawia, że jest ona znacznie bardziej uniwersalna. Słusznie jakość przestaje być postrzegana jedynie jako swoisty miernik poziomu zaspokojenia potrzeb przez wyroby materialne. Terminu jakość nie należy stosować do wyrażania stopnia doskonałości w znaczeniu porównawczym ani też do wyrażania ocen technicznych za pomocą liczb. W tych wypadkach powinno być użyte odpowiednio bliższe określenie. Na przykład mogą być stosowane następujące terminy: jakość względna – gdy wyroby lub usługi są szeregowane w zależności od stopnia doskonałości lub na podstawie porównania, oraz „poziom jakości” lub „miara jakości” gdy dokonywane są dokładne oceny techniczne w znaczeniu liczbowym. Na jakość usługi wpływa wiele wzajemnie ze sobą połączonych działań, takich jak: projektowanie procesu świadczenia usługi i jej wykonywania [PN EN 28402, 1993; Karaszewski 1999b, s. 28–29; Kindlarski i Bagiński 1994a, s. 10]. Słownik jakości oparty na zaleceniach terminologicznych EOQ (European Organization for Quality – EOQ) definiuje jakość jako zespół cech produktu lub usługi, które wpływają na ich zdolność do zaspokojenia określonej potrzeby [Iwasiewicz 1999, s. 22].

⁵ Etymologicznie nazwa ta wywodzi się od łacińskiego słowa *qualitas* (jakość) i greckiego słowa *logos* (nauka).

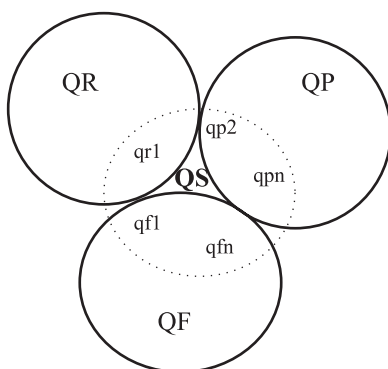
Zainteresowanie problematyką jakości w produkcji (jakością normatywną) dało się zauważyć na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku⁶. Natomiast od połowy lat osiemdziesiątych do dnia dzisiejszego kwestia jakości jest najczęściej poruszonym zagadnieniem także w opracowaniach dotyczących usług⁷. Problematykę jakości usług podejmowali tacy autorzy, jak: Ch. Grönroos [1982], E. Gummesson [1979; 1983], A. Parasuraman, L.L. Berry i V. Zeithmal [1985], R.C. Lewis i B.M. Booms [1983], V.E. Sasser, P.R. Olsen, D.D. Wyckoff [1978]. Jednak pierwsza konferencja poświęcona problematyce jakości usług odbyła się dopiero w 1988 roku w Karlstad (Szwecja) [*Quality Management 1988*].

E. Gummesson, pisząc o jakości usług dokonał jej rozbiór na cztery jakości cząstkowe: (1) projektu (*design quality*), (2) wykonania (*production*), (3) dostaw (*delivery*), (4) relacji (*relational quality*). K. Rogoziński zmodyfikował ten podział w celu jak najlepszego dopasowania jakości do usług, stosując opis czynnościowy. Tak ujęta jakość jest bowiem dająca się odwzorować na continuum czasowym sekwencją działań składających się na proces doskonalenia obsługi nabywcy. Zgodnie z powyższym założeniem, K. Rogoziński wyróżnił cztery wymiary jakości: w percepcji usługobiorcy, w faktach i normach, w relacjach i jakość sykretyczną (rysunek 4.1). **Jakość w percepcji usługobiorcy** (QP) jest jakością odczytaną, doświadczoną i percypowaną przez nabywcę. Budowana jest przez kumulowanie doświadczeń i momentów pracy, a jej kulminacją jest kryterium prawdy wieńczące cały cykl obsługi nabywcy. Można ją zmierzyć i opisać, wykorzystując model SERVQUAL zawierający zestaw kryteriów ocen jakościowych stosowanych przez usługobiorców, nie tylko uniwersalny, a także rozpoznać, które kryteria należy uznać za subiektywnie znaczące. Mianem **jakości w faktach i normach** (QF) określamy to wszystko, co – składając się na jakość usług – daje się precyzyjnie określić, zmierzyć, czasami zestandaryzować. Można ją traktować jako jakość skwantyfikowaną. **Jakość w relacjach** (QR) wypracowuje obszar kompromisu i wzajemnego akceptowania odmiennych punktów widzenia na jakość reprezentowanych przez: QF (ciążącą

⁶ W niniejszej pracy pominięto rozważania dotyczące genezy pojęcia jakości oraz genezy pojęcia jakości w produkcji. Szerzej zagadnienia te zostały przedstawione w pracy M. Dobskiej i P. Dobskiego [2012, rozdziały 1 i 2].

⁷ Na polskim gruncie w podejmowanych dotychczas studiach związanych z problematyką usług można wyodrębnić trzy okresy. Za prekursora rozważań na temat usług należy uznać E. Lipińskiego, który już w latach pięćdziesiątych XX wieku podjął próbę klasyfikacji usług [Lipiński 1955]. Kolejne publikacje prezentujące teoretyczne ugruntowanie usług pojawiły się w latach sześćdziesiątych za sprawą O. Langego [1967] i C. Niewadziego [1967]. Przełomowym okresem w dziedzinie usług okazały się lata osiemdziesiąte ubiegłego stulecia. Wyodrębniła się wtedy nowa dyscyplina naukowa – ekonomika usług. W okresie tym, który uważa się za drugą fazę w rozwoju teorii usług, zaczęły się pojawiać monografie wprowadzające pojęcia ekonomik branżowych [Styś, Olearnik i Kurczyna 1980; Daszkowska 1982]. Dzięki badaniom prowadzonym na początku lat dziewięćdziesiątych przez K. Rogozińskiego wiedza w tej dziedzinie została pogłębiona. Badacz zaprezentował nową teorię usług [Rogoziński 1993]. Stąd też dorobek K. Rogozińskiego można uznać za trzecią fazę w ewolucji teorii usług [Dobski 2012, s. 66].

ku standaryzacji) i QP (kojarzoną z jakością pojmowaną subiektywnie). Ponadto przez wbudowanie jakości usług w relacyjny kontekst możliwa staje się transpozycja jakości w desygnat wartości. Wyeksponowany zostaje także wymiar czasowy uwzględniający nie tylko wynik końcowy, ale biorący pod uwagę to, co się dzieje i wydarza w trakcie wykonania usługi. Dzięki marketingowi relacji staje się możliwe doskonalenie obsługi nabywcy. Należy więc uwzględnić takie przesłanki, jak: zróżnicowane poziomy zaangażowania uczestników usługowej relacji, perspektywę współpracy, wybór i desygnowanie odpowiedniego usługodawcy do stałej bądź wyłącznej obsługi określonego klienta, programy jakościowej prewencji i procedury reklamacyjne uwzględniające preferencyjne traktowanie lojalnych/stałych klientów. Elementy te stają się danymi, które w badaniach jakościowych można uchwycić i rozpisać na QF (jakość w faktach). **Jakość synkretyczna (QS)** jest obszarem kompromisu lub „wypadkową” rozbieżności, ale i rezultatem wspólnej projekcji i realizacji tego, co dzięki relacjom ukazuje się jako wartościowe, cenne, obiektywnie dobre. Jakość synkretyczna posługuje się kryteriami zweryfikowanymi pośrednio poprzez budowanie relacji i wypracowuje kompromisowe atrybuty jakości. Te ostatnie K. Rogoziński [2000c, s. 14–23] nazwał kwaliami i wykorzystał je do opisu i oznaczenia jakości usług „ponad podziałami”.



Rysunek 4.1. Sfera wypełniania się jakości synkretycznej (QS) i definiujących ją kwaliów (qu)

Źródło: Rogoziński, 2000c, s. 23.

Każdą z powyższych jakości cząstkowych można przedstawić za pomocą zróżnicowanego zestawu miar bądź kryteriów. Na przykład [Rogoziński 1998, s. 219–220]:

- jakość w faktach i normach – jakości cząstkowe: QF1 – czas realizacji usługi; QF2 – normatywne wyposażenie techniczne, QF3 – poziom kwalifikacji usługodawcy;

- jakość w percepcji usługobiorcy QP (odzwierciedla rozpoznane i preferowane przez nabywcę kryteria ocen) – jakości cząskowe: QP1 – przewrażliwiony na punkcie czystości, QP2 – podejrzliwy i nieufny, QP3 – wegetarianin;
- jakość w relacjach QR (jako punkt wyjścia można posłużyć się kryptonimem z „drabiny lojalności nabywcy”) – jakości cząskowe: QR1 – potencjalny klient, QR2 – nowy nabywca, QR3 – „stary klient”, QR4 – adwokat;
- jakość synkretyczna QS – obszar kwaliów deskryptywnie można ująć w postaci formuły:

qa → x: F2/ P3/ R4; oznacza ona, że: kwaliom charakteryzujące usługę **a** wykonywaną dla nabywcy **x** powstało w wyniku przyjęcia kompromisowego rozwiązania polegającego na wykonywaniu usługi wprawdzie poza godzinami otwarcia firmy, ale w czasie najdogodniejszym dla nabywcy, przez budzącego największe zaufanie wykonawcę, ponieważ klient ma szansę awansować do grupy klientów „adwokatów”.

Konsekwencje wynikające z przyjętych rozważań określają jej kontekst interpretacyjny. Zarządzanie jakością usług jest zarządzaniem marketingowym i musi mieć wymiar strategiczny. Strategia projakościowa jest strategią marketingową ze względu przede wszystkim na to, że z istoty usługowego świadczenia wynika znacząca/współdecydująca rola usługobiorcy, już nie tylko nabywcy, ale i weryfikatora jakości. To marketing usług określa dziś standardy (wymagania) obsługi nabywcy. Nie chodzi też o jednorazową akcję zapewnienia jakości, ale długookresowy, strategiczny cel osiągany dzięki doskonaleniu obsługi nabywcy. Ponadto warto się starać doskonalić obsługę tylko stałych klientów, bowiem jedynie oni będą w stanie to zauważyć i docenić. Obsługę nabywcy można doskonalić tylko dzięki wykorzystaniu zarządzania marketingowego. Jeśli strategia marketingowa jest antycypacją przyszłej konkurencyjnej pozycji rynkowej, jaką firma zamierza osiągnąć z jednoczesnym wskazaniem warunków i sposobów jej osiągnięcia, to strategią projakościową będzie taka strategia marketingowa, która pozwala te cele osiągnąć poprzez postawienie na jakość usług.

Wprowadzenie rozważań dotyczących jakości w kontekst aksjologiczny powoduje, że jakości usług nie da się wyjaśnić bez odniesienia jej do wartości, stąd źródłem jej zrozumienia może być tylko kultura organizacji. Z niej zostają wyprowadzone podstawowe cele i style zarządzania. Dzięki temu można osiągnąć taki stan, w którym usługowy produkt staje się rzeczywistym dobrem, co jest szczególnie ważne w usługach medycznych. Strategia projakościowa, dzięki dążeniu do poprawności i perfekcyjności wykonania, staje się strategią długookresową i nakierunkowującą organizację na ścieżkę sukcesu. Możliwe jest zintegrowanie marketingu z pozostałymi funkcjami organizacji oraz uzgodnienie statusu i znaczenia ocen jakościowych podejmowanych po obu stronach relacji usługowej. Z powyższych względów jakość nie może być utożsamiana z przyjętymi standardami technologicznymi ani procedurami. Tworzą one jedynie i określają

plaszczynę wyjściową i ramy, w jakie wpisuje się dwukategorialna jakość [Rogoziński 1998, s. 219–220].

Odpowiedzialność za doskonalenie obsługi nabywcy spada na personel widzący w jakości sposób realizacji obranych przez organizację wartości, ale i traktujący ją jako jednostkową szansę samodoskonalenia. Zarządzanie przez jakość usługami wymaga zastosowania środków naprowadzania. Placówka realizująca strategię jakości jest organizacją „napędzaną kulturą” (*culture driven*), tzn. kierowaną za pomocą atrakcyjności i dzięki sile przyciągania wartości sformułowanych w misji, niewymuszonemu naśladownictwu najlepszych wzorów oraz spontanicznemu podążaniu za liderami. Stosownie do przyjętych wizji – misji – celów organizacja opracowuje najodpowiedniejszy dla niej sposób podejmowania ważnych decyzji (cele strategiczne, dobór personelu, systemy motywacyjne, procedury reklamacyjne itp.). Poszczególne jednostki organizacyjne tworzące strukturę pełnią wobec siebie funkcje pomocnicze i usługowe. Stąd administracja i związany z nią menedżment spełniają funkcje służebne, ale nie władcze. Natomiast wynikający z marketingu relacyjnego postulat generowania wartości u wszystkich uczestników relacji, otwiera możliwości współpracy budowanej na innych, tzn. obopólnie korzystnych zasadach. Jednostka koordynująca jakość musi spełniać funkcje katalizatora (oczyszczającego z nieporozumień) i mobilizatora (zachęcającego tych, którzy nie starają się o to, by pracować lepiej) [Rogoziński 1998, s. 219–220].

4.2. Jakość usług medycznych

Historia stosunków pomiędzy lekarzem a pacjentami jest od *Corpus Hippocraticum* po najnowsze czasy naznaczona żądaniem uznania lekarskiego autorytetu oraz zaufania i posłuszeństwa ze strony pacjenta. Pomimo starań, aby pacjenta traktować nie tylko fachowo pod względem medycznym, lecz również z uwagą, współczuciem i udzielać mu niezbędnego wsparcia, lekarze odrzucali uczestnictwo pacjenta w procesie podejmowania decyzji [Kurkowski 1997b, s. 17]. A przecież medycyna należy do tych dziedzin, w których staranie o najwyższy poziom świadczeń ma długą tradycję, albowiem od sprawności lekarza zależy życie i zdrowie człowieka [Chrzanowski 1993, s. 43]. Profesjonalizm lekarzy i pielęgniarek zależy w głównej mierze od wykształcenia, jakie otrzymują. Już w 1847 roku American Medical Association (AMA) rozpoczęło działania skierowane na standaryzację procesu edukacyjnego lekarzy. W 1847 roku organizacja przeprowadziła we wszystkich stanach kampanię na rzecz kontrolowania zawodu lekarza za pomocą licencjonowania. Osiągnąwszy w dużym stopniu ten cel do końca XIX wieku, AMA skierowała uwagę na kontrolę szkół medycznych i oświadczyła, że zaakceptować można niewiele ponad połowę z nich [Folland, Goodman i Stano 2011, s. 607]. Prawdziwy obraz poziomu kształcenia ukazał

jednak w 1910 roku raport A. Flexnera *Medical Education in the United States and Canada*, który pokazał, jak wygląda edukacja studentów w szkołach medycznych i laboratoriach badawczych. Przeróżający obraz pokazany przez A. Flexnera doprowadził do reformy systemu edukacyjnego, w wyniku której pozamykano lub połączono niektóre szkoły, wydłużono czas studiów oraz wprowadzono standardy kształcenia [Chassin i O’Kane 2010, s. 2]. Tymczasem w ówczesnych zakładach głównym problemem były szerzące się zakażenia, pojawiające się szczególnie w trakcie chirurgicznej interwencji. Do XIX wieku śmiertelność pacjentów oddziałów chirurgicznych spowodowana zakażeniami dochodziła do 75%. Walkę z groźnymi dla pacjenta zakażeniami rozpoczęli w XVIII i XIX wieku między innymi: I.Ph. Semmelweis, L. Pasteur, J. Lister, F. Nightingale⁸, K. Schimmelbusch, W.S. Halsted, J. Mikulicz [Ciurus 1998, s. 16]. W 1908 roku w Anglii postulaty te podchwycił A. Groves, a w 1910 roku w Stanach Zjednoczonych w Massachusetts E. Codman, który opracował model ankiety dla pacjentów w rok po operacji [Gutzwiller 1997, s. 35]. W wyniku podejmowanych działań zaczęto opracowywać rekomendacje kliniczne w celu wdrożenia jednolitych, skutecznych zasad leczenia oraz pielęgnacji chorych i rannych, pozwalające na zmniejszenie liczby zgonów lub innych częstych powikłań. Najpierw w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie zaczęto powoli eliminować złe nawyki personelu, nieskuteczne sposoby leczenia i pielęgnacji. Celem zapewnienia jakości stało się dostosowanie usług medycznych do stanu zdrowia pacjenta według tzw. grup diagnostycznych. Oceniano i mierzono jakość opieki medycznej przez porównanie diagnozy i zastosowanego leczenia z opracowanym wzorcem postępowania⁹. W 1960 roku w Stanach Zjednoczonych opublikowano artykuł, w którym udokumentowano, w jaki sposób pycha profesjonalistów może siać spustoszenie w zaufaniu pacjentów i jak profesjonalna arogancja może doprowadzić do nadużyć [Light 2003]. W 1971 roku ogłoszono tam tzw. Raport Nadera o jakości działań zawodów medycznych pracujących w warunkach autonomii – *Ralph Nader’s Study Group Report on the Medical Profession’s Performance in Self-Regulation*. Przypomniano, że po raz pierwszy zakwestionowano zdolność profesjonalistów medycznych do samodzielnego nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń w opracowaniu z 1946 roku, pod tytułem *Histerectomia – terapeutyczna konieczność czy chirurgiczne gangsterstwo*, w którym potrzebę wykonania operacji potwierdzono w mniej niż połowie przypadków [Kurkowski 1997b, s. 34]. Zaczęto więc się za-

⁸ F. Nightingale w swojej pracy opublikowanej w 1859 roku pt. Propozycja polepszenia statystyki operacji chirurgicznych skonfrontowała wykonywane zabiegi z ich wynikami oraz wsparła wykorzystanie metod statystycznych do oceny poziomu różnych jakości opieki w szpitalach.

⁹ W trosce o zapewnienie wysokiej jakości w ochronie zdrowia nadawane są prawa wykonania zawodów medycznych, takich jak: lekarz, pielęgniarka i położna, opracowane są tabele kwalifikacyjnych stanowisk, pozwalających na zatrudnienie pracowników medycznych zgodnie z ich kwalifikacjami zawodowymi [Ciurus 1998, s. 16].

stanawiać, w jaki sposób chronić zawód lekarza przed własnymi ograniczeniami wewnętrznymi. D. Irving uważa, że profesjonalizm leży w sercu lekarzy, a jakość jest umiejscowiona w sercu profesjonalizmu [Irving 2001, s. 162–169].

Przykłady działań na rzecz jakości można znaleźć także na ziemiach polskich. P. Girsztowt stosował podstawy aseptyki i jako jeden z pierwszych wprowadził je w swojej klinice, a od 1876 roku stosował opatrunki przeciwnilne. Podobnie pracująca jako kierownik Przytułku Położniczego A. Dobrska wprowadzała zasady postępowania antyseptycznego. Mimo że zasady te były powszechnie znane w Europie i w Polsce, obecna w środowisku lekarskim znajomość zagrożeń stwarzanych przez bakterie nie przekładała się na znajomość zagrożeń wśród średniego personelu medycznego i wśród pacjentów. A. Dobrska, jako lekarz, dla pracujących z nią położnych opracowała podstawowe zasady postępowania, zebrane w postaci ośmiu punktów¹⁰.

W krajach europejskich zainteresowanie jakością w usługach medycznych notuje się od drugiej połowy lat osiemdziesiątych, kiedy to politycy, zmuszeni nową sytuacją ekonomiczną, socjalną, demograficzną i technologiczną, zainteresowali się strukturami zarządzania w systemie świadczeń zdrowotnych. W Polsce zjawisko to pojawiło się na tle transformacji systemowej. Jednakże dopiero w ciągu ostatnich lat, wskutek zachodzących przemian społeczno-gospodarczych, do funkcjonowania opieki zdrowotnej wprowadzono reguły gospodarki rynkowej. Mimo że tematyka zapewnienia jakości w opiece zdrowotnej jest często poruszonym zagadnieniem w literaturze, jednak ze względu na złożoność tych procesów i różne poziomy wiedzy podmiotów uczestniczących na rynku usług medycznych bardzo trudno zdefiniować jakość usług medycznych. W tabeli 4.1 dokonano próby wybrania definicji, które najpełniej oddałyby istotę omawianego zagadnienia.

J. Kurkowski stwierdza, że jakość w medycynie nie jest pojęciem jednoznacznym, albowiem nie wszystko, co jest istotne dla pacjenta, jest równie ważne dla lekarza. Wskazać na jakość to znaczy odkryć różnicę między tym, co jest, a tym,

¹⁰ 1. Ślub czystości niech zawód twój uświęci, 2. Nie miej innych wierzeń prócz w bakterie, innych dążeń prócz odkażania, innego oddziały prócz jałowości. 3. Przysięgnij duchowi czasu w żaden sposób przeciw niemu nie bluźnić, szczególnie zaś hardym a pustym bredzeniem o przeziębieniu, przejedzeniu, przestrachu, poruszeniu, uderzeniu pokarmu na mózg, bądź inną jaką herezją zaprzeczającą zakaźnej naturze gorączki. 4. Przeklnij na wieczne czasy i wieczne potępienie oliwę, gąbkę, gumę, smarowidło oraz wszelką rzecz, która ognia nie znosi lub go nie zazała, albowiem takowa bakterionośna jest. 5. W pobliżu ciężarnych, rodzących, położnic, oczów i pępków dziecięcych, bądź zawsze przytomna i świadoma, że wróg niewidzialny czyha zewsząd, jest na nich, na tobie, dookoła was i w nas samych. 6. Nie dotknij ich, choćby krzykiem i jękiem pomocy twej zwywały, dopóki od stóp do głów w biel się nie obleczesz, nagich rąk i ramion twoich, zarówno jak ciał ich suto mydłem nie namaścisz, bodaj dwoma wodami gorącymi nie zlejesz i dwoma płynami o wielkiej mocy bakteriobójczej. 7. Pierwsze badanie wewnętrzne (mowa jest o badaniu położnicy per vaginum) jest ci nakazane, drugie dopuszczalne, trzecie musi być usprawiedliwione, czwarte może być wybaczone, piąte będzie ci za przestępstwo poczytane. 8. Wolne tętna i niskie ciepłoty niech ci będą najwyższym tytułem chwały [Kulikowski 2009, s. 7–9].

Tabela 4.1. Wybrane definicje i wymiary jakości opieki zdrowotnej

Autor/organizacja	Definicja
A. Donabedian	<p>Jakość opieki zdrowotnej to taki rodzaj opieki, w której maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki na wszystkich jej etapach. Przez pojęcie „jakość” rozumie społeczny konstrukt reprezentujący koncepcje i wartości zdrowia, oczekiwania co do relacji pomiędzy świadzącymi opieką a odbiorcami oraz punkt widzenia pacjenta na funkcje i role systemu ochrony zdrowia [Donabedian 1988, s. 173–192, za: Lenartowicz 1998, s. 10]. Wymiary jakości: (1) techniczny – w którym odpowiadaemy na pytanie, czym dysponujemy, (2) nietechniczny – w którym odpowiadamy na pytanie: jak postępujemy z usługobiorcą, (3) środowiskowy – w którym odpowiadamy na pytanie, gdzie przebiega proces usługi. Wszystkie te wymiary są komplementarne [Detyna i Detyna 2011, s. 95]</p>
E.J. Gancher, R.J. Coffey	<p>Jakość to spełnienie określonych wymagań klienta [Gancher i Coffey 1993, za: Lenartowicz 1998, s. 10; Kautsch i Frączek 2000, s. 29]</p>
JCAHO	<p>Jakość to stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi dostarczana jest zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów [Lewthers 1997, s. 87; Zajac 1999, s. 168; Włodarczyk 1996, s. 307; Marciniak 1999, s. 5]</p>
Narodowa Szwedzka Rada Zdrowia i Opieki Społecznej (SIS)	<p>Na jakość składają się wszystkie te cechy produktu usługowego, które zebrane razem sprawiają, że produkt może zaspokoić wypowiedziane i nieświadome potrzeby nabywcy [Rosen 1994, s. 40–42]</p>
K. Opolski, E. Szemborska	<p>Jakość można zdefiniować jako ogół cech i właściwości produktu bądź usługi, które to cechy decydują o zdolności tegoż wyrobu lub usługi do zaspokojenia stwierdzonych lub przewidywanych potrzeb odbiorcy [Opolski i Szemborska 1997, s. 22]</p>
J. Ovreteit	<p>Jakość w opiece zdrowotnej polega na pełnym zaspokojeniu zapotrzebowania na usługi lecznicze, przy możliwie najniższych kosztach własnych świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze administracyjne i instytucje „kupujące” [Murkowski, Nowacki i Koronkiewicz 1996, s. 12–13].</p>
IOM (Institute of Medicine, USA)	<p>Jakość to stopień, w jakim usługi zdrowotne kierowane do pacjentów zwiększą prawdopodobieństwo pożądaných skutków zdrowotnych i są zgodne z bieżącym stanem wiedzy zawodowej [Legido-Quigley i in. 2008, s. 2]</p>
Departament Zdrowia (Wielka Brytania)	<p>Jakość usług medycznych oznacza: profesjonalizm w działaniu, dbałość o wysokie kwalifikacje personelu, wykonanie czynności we właściwym czasie oraz świadczenie usługi prawidłowo za pierwszym razem [Legido-Quigley i in. 2008, s. 2]</p>

R.S. Maxwell	<p>Jakość usług zdrowotnych zależy od spełnienia oczekiwań w następujących wymiarach jakości: <i>dostępności</i> mierzonej skalą możliwości uzasadnionego korzystania z opieki niezależnie od ograniczeń, jakie mogą się wiązać z położeniem geograficznym, odległością, pieniędzmi, czasem, wiekiem, językiem, transportem, architekturą budynków itp.; <i>równości</i> – świadczenie opieki dla całej populacji zgodnie z rozpoznanymi potrzebami, niezależnie od kulturowego, społecznego charakteru czy innych cech osobowych pacjentów; <i>adekwatności</i> – rodzaj świadczeń zdrowotnych, pakiet usług, procedury dostosowane do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczności, które są potrzebne, oczekiwane i wymagane przez jednostkę; <i>akceptacji</i> – opieka zdrowotna uwzględnia kulturowe i religijne wartości odbiorców; <i>efektywności</i> – dostępne zasoby, np. finanse, budynek, wyposażenie, najwyższy efekt przy najmniejszych kosztach; <i>skuteczności</i> – opieka spełnia swoją funkcję w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki oraz populacji, której służy [Ksykiewicz i Rusecki 1996, s. 148; Murkowski, Nowacki i Koronkiewicz 1996, s. 12; Lenartowicz 1998, s. 38; Whitfield 1999, s. 141; Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu, s. 9]</p>
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)	<p>Jakość opieki zdrowotnej to poziom realizacji wewnętrznych systemów ochrony zdrowia, w celu poprawy zdrowia oraz wrażliwości na uzasadnione oczekiwania społeczeństwa [Legido-Quigley i in. 2008, s. 2]. Jakość to także rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacja usług oraz satysfakcja pacjenta [WHO 1988, s. 79]*..</p>

* W biurze krajowym WHO w Danii jakość krajowych systemów opieki zdrowotnej jest sumą 5 czynników: systemów, technologii i narzędzi, ludzi i kierunków działania. Opracowanie własne.

co powinno być. Jakość jest także funkcją kosztów opieki, metod leczenia, technik diagnostycznych oraz stosunku lekarzy do pacjentów, a także stopniem satysfakcji osiągniętej przez pacjenta, wynikającej z leczenia i kontaktów z instytucjami służby zdrowia. W medycynie jakość oznacza także wiedzę, etykę i dumę zawodową, zrozumienie roli i poczucie sensu, świadome współuczestnictwo w procesach umacniania zdrowia, leczenia i ratowania życia. To właśnie jakość, w sposób szczególny, wyróżnia ludzi, nobilituje ich zawodowo i rozśławia, podnosi rangę, ośrodką i szkoły [Kurkowski 2002b, s. 113]. Znaczenie pojęcia jakości zależy od odbiorcy różnych grup interesów reprezentujących różne środowiska (zawodowe, władze, ubezpieczenia, pacjentów) i jest przez nich rozumiana subiektywnie¹¹. Na tle definicji jakości ważne staje się wyodrębnienie jej atrybutów pod kątem oceny ze strony klienta. Pionierskie podejście do tej kwestii miały: Instytut Pickera i Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego. Instytut Pickera wyróżnił oceny opieki wspólne dla opieki zamkniętej i otwartej. Składają się na nią: informacja i komunikacja, respekt i zainteresowanie, koordynacja i ciągłość opieki, zaangażowanie rodziny i przyjaciół, wsparcie psychiczne, a także kompleksowe leczenie bólu [Siwiec 2000, s. 232]. Natomiast Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego wyodrębniła trzy aspekty adekwatne do opieki otwartej, a mianowicie: dostępność usług, satysfakcję oraz jakość kliniczną¹². Należy dodać, że Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, w odniesieniu do opieki

¹¹ Dla lekarza jakość jest samodzielną kontrolą świadczonych usług, jest immanentnym składnikiem praktyki lekarskiej. Inaczej rozumiane jest pojęcie jakości przez instytucje finansujące (publiczne i prywatne). Są one zainteresowane tym, aby klienci w przypadku zachorowania mieli zapewnione usługi medyczne we właściwym czasie, niezbędne i zgodne z aktualnym stanem wiedzy i techniki medycznej. Jednocześnie korzystanie z usług zdrowotnych powinno być ograniczone do koniecznych rozmiarów i możliwie niedrogie. Natomiast państwo względnie administracja są zainteresowane tym, aby świadczenia zdrowotne niezbędne dla opieki nad ludnością były do dyspozycji w odpowiednim czasie i zgodnie z potrzebami, dla wszystkich jednakowo dostępne i na przystępnych warunkach finansowych [Gutzwiller 1997, s. 35; Lawthers 1999, s. 20].

Jakość z perspektywy płatnika powinna się pokrywać w znacznym stopniu z jakością z perspektywy pacjenta, ponieważ płatnik działa w imieniu pacjenta i dla jego dobra. Podstawowym elementem wpływu na jakość z perspektywy płatnika było wprowadzenie kontraktów [*Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu*, s. 20].

¹² *Dostępność*, tzn. łatwość, z jaką klient może osiągnąć opiekę zdrowotną, uwzględniając finansowe, organizacyjne, kulturowe i emocjonalne bariery. Zazwyczaj dostępność mierzy się, biorąc pod uwagę czas oczekiwania na wizytę, lokalizację geograficzną, możliwość telefonicznego kontaktu z usługodawcą, godziny pracy, bariery kulturowe. *Satysfakcja* jest to stopień, w jakim opieka zdrowotna jest akceptowana przez pacjenta, przy uwzględnieniu jego oczekiwań i potrzeb. Mierząc ją, należy pamiętać, że jest ona subiektywna i może dotyczyć satysfakcji z czasu oczekiwania, satysfakcji płynącej z kontaktu z lekarzem, pielęgniarką czy inną osobą z personelu lub ogólnej satysfakcji w odniesieniu do placówki. *Jakość kliniczna* oznacza, że usługodawca świadczy usługi odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, że świadczone są one w sposób bezpieczny i kompletny, w odpowiednim czasie i prowadzą do pożądaných wyników. Jakość kliniczną zmierzyć jest najtrudniej [Lawthers 1999, s. 19–20].

realizowanej w szpitalu wyodrębniło trzy aspekty wpływające na postrzeganie i ocenę jakości: relacje interpersonalne (kontakt z lekarzem, pielęgniarką, pozostałym personelem), warunki bytowe (czystość, estetyka, temperatura, jakość posiłków) oraz procedury (przyjęcie, wypis) [Siwiec 2000, s. 233]. Wymagania jakościowe stają się jednak warunkiem wstępnym gwarantującym powstanie nowej wartości.

Nie do przecenienia jest w tej sprawie głos w dyskusji, który podjął K. Rogoziński w monografii *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*. Wprowadza on bowiem jakość w przestrzeń aksjologiczną (odwołując się do dorobku M. Schelera i D. von Hildebranda) i – przeprowadzając wywód w kontekście aksjologicznym – wysuwa niezwykle istotny wniosek, że jakość, potwierdzająca się w systematycznym doskonaleniu obsługi nabywcy, staje się formalnym gwarantem tego, że wykonany usługowy produkt stanie się autentycznym dobrem już nie tylko dla usługobiorcy. K. Rogoziński [2009, s. 223–224] przestrzega jednak, że to, co dla klientów jest subiektywnie zadowalające, nie przesądza o zobiektywizowanym znaczeniu dla danej osoby. Tak więc istotne jest nie tylko, aby dostrzegać to, co jest subiektywnie ważne, ale zdawać sobie sprawę w jakich sytuacjach i stanach emocjonalnych owa ważność może się wyrażać (tabela 4.2).

Tabela 4.2. Od jakości do wartości

Q – ISO Normatywna Techniczna	Jakość usługi określana normą (standardem technicznym)		
Jakość marketingowa (zewnętrzna)	Jakość usługowego produktu		
	Kryteria jakościowe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ bezpieczeństwo ▪ elastyczność ▪ mistrzostwo ▪ staranność ▪ zaangażowanie ▪ uczciwość 	Wartości zapośredniczone: <ul style="list-style-type: none"> ▪ życie/zdrowie ▪ wolność wyboru ▪ relacje międzyludzkie ▪ sprawiedliwość (obiektywność) ▪ sztuka/design ▪ nauka/wiedza 	Wartości uniwersalne: <ul style="list-style-type: none"> ▪ prawda ▪ dobro ▪ piękno

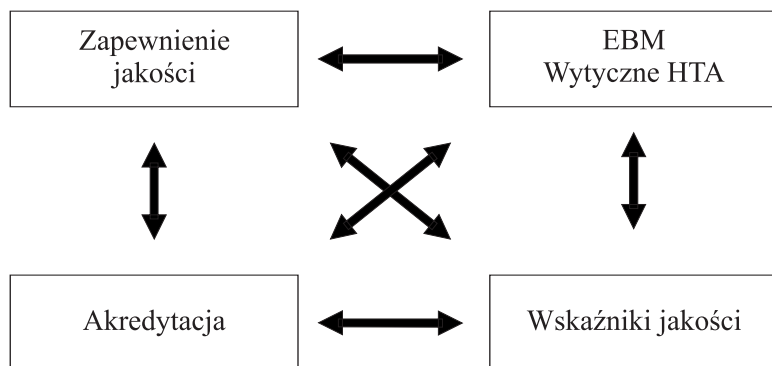
Źródło: Rogoziński 2000, s. 224.

Polscy badacze B. Detyna i J. Detyna [2011, s. 94] wyróżnili podstawowe sfery jakości w usługach medycznych: sferę profesjonalną, informatyczną, techniczną, zarządzania, ekonomiczno-administracyjną, marketingu. Istotniejsze natomiast i bardziej znaczące wydają się analityczne wymiary jakości usług przedstawione przez K. Rogozińskiego. Wymiar podmiotowy (personalny) uświadamia wprowadzenie subiektywnych kryteriów ocen jakościowych. Wymiar ten sygnalizuje bowiem silne uzależnienie jakości usług od osoby wykonawcy. Jak podkreśla autor, zdecydowana większość usług medycznych zalicza się do grupy wymagającej

zwiększonego zaangażowania pacjentów, co należy odczytać nie tyle jako utrudnienie, ale jako szansę wspólnego wypracowania synkretycznego podejścia do jakości. Czasowego aspektu jakości usług badacz upatruje w dwóch wymiarach, a mianowicie: w ukształtowanych w przeszłości oczekiwaniach w momencie formułowania oceny jakościowej, aktualizowanych i weryfikowanych, oraz w jakości usług jako procesie doskonalenia obsługi klienta, rozciągniętym w czasie i dającym możliwość dłuższego czasu na osąd weryfikujący jakość. Jeśli chodzi o przedmiotowy wymiar, to uzmysławia on, co jest przedmiotem oceny. W ocenie takiej należy bowiem wyróżnić jakości cząstkowe i uporządkować przedmiotowo oceny odnoszące się do faktów lub form współpracy. Wymiar ekonomiczny odnosi jakość do kosztów, produktywności i dochodowości, a w wypadku wymiaru strategicznego zadowolającego pacjentów poziomu jakości nie da się uzyskać dzięki podjętym sporadycznie (czy też nagle) działaniom. Doskonalenie jakości usług możliwe jest jedynie dzięki realizacji strategii jakościowej (wpisanej w strategię marketingową) [Rogoziński 2000, s. 216–217].

Określając mechanizmy wpływające na jakość świadczeń udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, R. Niżankowski wymienia cztery grupy: zapewnienie jakości, EBM (*Evidence Based Medicine*), akredytację i wskaźniki jakości (rysunek 4.2). Zapewnienie jakości jest rozumiane jako umiejętność posługiwania się metodologią i narzędziami zespołowego realizowania programów kontrolowanego, etapowego usprawniania i doskonalenia jakości. Znajomość EBM pozwala na oszacowanie, czy i jak silnych dowodów aktualnie nauka dostarcza na skuteczność jakiegoś postępowania terapeutycznego bądź diagnostycznego. Metodologia EBM została uznana za podstawę rekomendacji zwanych wytycznymi, kierowanych do lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, oraz rekomendacji zwanych raportami HTA (raportami oceny technologii zdrowotnych), kierowanych do decydentów. Nie bez znaczenia dla jakości świadczenia jest akredytacja, a więc dobrowolne poddanie się zewnętrznej ocenie mającej charakter audytu, czyli systematycznego przeglądu według z góry założonych kryteriów. Cenne są też wskaźniki jakości określające wyniki opieki, biorące pod uwagę punkt widzenia pacjentów oraz ocenę wpływu opieki na stan zdrowia często utożsamiany z perspektywą medyczną [Niżankowski 2003, s. 42].

Wymienione wyżej pojęcie EBM (*Evidence Based Medicine*) zostało użyte po raz pierwszy w 1991 roku przez G. Guyatt w McMaster University w Hamilton (Kanada) i przetłumaczone na łamach polskiej „Medycyny Praktycznej” jako *medycyna oparta na dowodach*. Wyeksponowanie terminu badań naukowych ma na celu wskazanie, że w procesie podejmowania decyzji klinicznych badania są niezbędne i należy je umiejętnie wykorzystywać. Pierwszym jednak etapem jest rozpoznanie sytuacji klinicznej, w którym to rozpoznaniu istotne są umiejętności i doświadczenia lekarzy oraz znajomość danych z badań naukowych. Podejmowanie decyzji klinicznych powinno się opierać na podsumowaniu możliwie

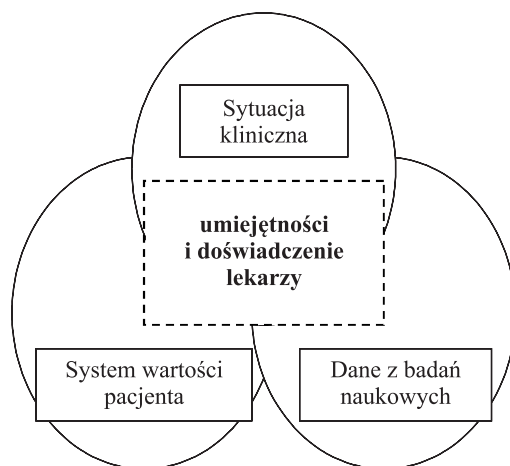


Rysunek 4.2. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych

Źródło: Niżankowski 2003, s. 43.

najwyższej jakości dostępnych danych dotyczących prawidłowo sformułowanego pytania klinicznego. Istotne jest także właściwe wykorzystanie danych, co wymaga znajomości hierarchii ich wiarygodności. Kolejnym krokiem jest wzięcie pod uwagę systemu wartości pacjenta i jego preferencji, a więc zweryfikowanie, czy pacjent chce czynnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczącym leczenia oraz jakie postępowanie będzie w stanie zaakceptować. Same dane naukowe nie wystarczą do podjęcia trafnej decyzji – konieczne jest całościowe rozważenie korzystnych i niekorzystnych aspektów określonego postępowania. Podjęcie właściwej decyzji wymaga od lekarza rozpoznania sytuacji klinicznej, znajomości danych naukowych oraz zrozumienia pacjenta, z jego emocjami, rozterkami, uwarunkowaniami rodzinnymi, kulturowymi czy finansowymi. Pierwszą zasadą EBM jest, na pozór paradoksalne, przejrzyste i bez pozostawienia wątpliwości przypomnienie lekarzowi, że dane naukowe nie wystarczają do podejmowania decyzji (rysunek 4.3). Zasady EBM odnoszą się nie tylko do indywidualnej praktyki lekarskiej, lecz także do instytucji i całego systemu opieki zdrowotnej. Powinni je zatem dobrze znać i rozumieć wszyscy podejmujący decyzje dotyczące organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu [Grajewski 2003, s. 51; Grajewski i Jaeschke 2011, s. 2409].

Pojawia się zatem pytanie o różnicę między standardem postępowania a wytycznymi (rekomentacjami, zaleceniami, wskazówkami stosowania) jako narzędziami organizacyjnymi w codziennej praktyce medycznej. Oba pojęcia często używane są zamiennie, a przecież nie są synonimami. Według *Słownika wyrazów obcych* – *standard* to typ, model, norma, wzorzec, *standaryzacja* oznacza ujednolicenie, znormalizowanie, typizację [Kopaliński 2002]. *Wytyczne* natomiast to rekomendowana metoda postępowania w określonych sytuacjach, służąca do poprawy jakości i bezpieczeństwa. Standard według W.C. Włodarczyka to wskaźnik



Rysunek. 4.3. Uwarunkowania decyzji podejmowanych w opiece zdrowotnej nad pacjentami według zasady EMB (*Evidence Based Medicine*)

Źródło: Grajewski 2003, s. 5.

ustanowiony przez kompetentne władze jako wzorzec pomiaru ilości lub jakości. Standardy mogą być definiowane pod względem rzeczywistych lub przewidywalnych wyników opieki, działania lub kwalifikacji personelu, zarządzania i administrowania obiektami i programami. Standard jest punktem odniesienia, dla porównywania bieżących działań oraz wyznaczania kierunków wprowadzanych zmian [Włodarczyk i Sitko 1999, s. 153]. Natomiast D. Hajdukiewicz wskazuje interpretację pojęcia standard w kategoriach wyjaśnianych przez Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia uznaje, że standard może wyznaczać pewien cel w dążeniu do poprawy jakości (standardy maksimum), może stanowić minimalny poziom wymagań, bez którego w ogóle nie można mówić o jakości (standardy minimum) lub stanowić poziom odniesienia i możliwość porównań z uwzględnieniem realnych możliwości (standardy optimum). Definicja ta określa standard jako wymagania, co jest tożsame z obowiązkiem realizacji określonych zadań. Wymóg taki powinien wynikać z obowiązujących przepisów. Natomiast wytyczne nie wynikają z przepisów i nie muszą być bezwzględnie realizowane [Hajdukiewicz 2003, s. 53–55]. Można więc wyróżnić kilka standardów. *Standardy podstawowe* oznaczają minimalne wymagania ustawodawcy dotyczące struktury, infrastruktury i procesów realizowanych w zakładach. Celem *standardów ponadpodstawowych*, maksymalnych, jest osiągnięcie określonego poziomu doskonałości we wskazanej czasoprzestrzeni. Kolejne to *standardy infrastruktury* odnoszące się do organizacji i zarządzania, a więc liczba personelu – normy zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek z uwzględnieniem liczby łóżek na określonych

oddziałach, czy kwalifikacje personelu z uwzględnieniem specyfiki oddziału. Następne są *standardy struktury*, które odnoszą się do wymagań lokalowych, wyposażenia w sprzęt medyczny, spełniają określone normy bezpieczeństwa, i w końcu *standardy procesów* dotyczące sposobu i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, procesu diagnozowania, leczenia, rehabilitacji, profilaktyki i zapobiegania [Maciąg 2007, s. 102].

Standaryzacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego staje się coraz bardziej powszechna ze względu na możliwość wyeliminowania błędów wynikających z postaw lub niedoinformowania poszczególnych lekarzy. Jest to droga do zmniejszenia odpowiedzialności prawnej za ewentualne niepowodzenia opieki medycznej, ponieważ udowodnienie, że postępowanie było zgodne z rekomendacjami, w istotnej części zmniejsza odpowiedzialność za niepowodzenia. Oczywiście, powszechnie uznany standard postępowania nie zwalnia lekarza z obowiązku analizy przydatności u konkretnego chorego. Co więcej, może się okazać, że standaryzacja postępowania, która zapewnia w wielu sytuacjach klinicznych właściwe postępowanie, u niektórych (bez właściwej weryfikacji) będzie nieskuteczna [Kucharz 2009, s. 82]. Zdaniem K. Łańdy, wprowadzanie wytycznych i standardów ma przede wszystkim na celu: ułatwienie korzystania z aktualnej wiedzy medycznej, poprawienie procesu podejmowania decyzji przez personel medyczny, poprawę jakości świadczonych usług medycznych, zabezpieczenie personelu przed prawnymi skutkami niepowodzeń, a w przypadku postępowania zgodnie z wytycznymi, zoptymalizowanie kosztów świadczeń zdrowotnych [Łańda 2000, s. 63].

Tabela 4.3. Różnica między standardami a wytycznymi

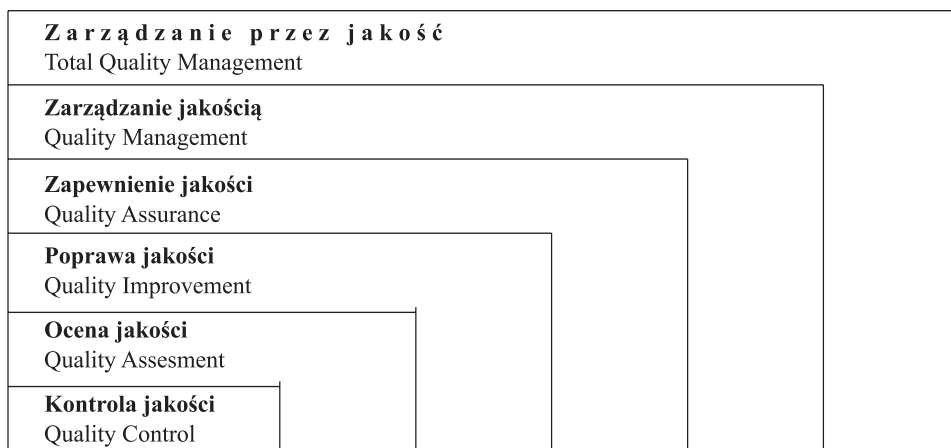
Cecha	Standard	Wytyczne, zalecenia, rekomendacje, wskazówki
Różnice		
Podstawa	Przepisy prawne	Wyniki badań naukowych – EMB albo autorytet specjalisty
Obowiązek stosowania	Bezwzględny	1. Odstępstwa i modyfikacje są dopuszczalne 2. Stosowanie się do nich, broni lekarza w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych powikłań
Przedmiot	Odnoszą się raczej do warunków realizacji określonych usług (udzielania świadczeń)	Odnoszą się do całości działań zapobiegawczych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
Zagrożenia dla realizacji	Odstawianie przepisów od realiów codziennej realizacji	– zły dobór ekspertów – opór profesjonalistów do stosowania rekomendacji – dublowanie i wzajemne zaprzeczanie zaleceń w różnych ośrodkach

Źródło: Hajdukiewicz 2003, s. 56.

D. Hajdukiewicz uważa, że standardy, z racji swojej bezwzględności stosowania, powinny być ograniczone do sfery regulacji zasad udzielania świadczeń zdrowotnych. Ważnym elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego są ogólnokrajowe wytyczne postępowania (jako dokumenty zalecane, ale nieobowiązujące bezwzględnie), a szpitalne regulacje są doskonałym uzupełnieniem wiedzy i doświadczenia specjalistów. Autorka stwierdza, że stworzenie wewnętrznych zaleceń postępowania na podstawie wytycznych zespołu ekspertów powinno skutkować oddaleniem powództwa przeciwko zakładowi opieki zdrowotnej, nadzór zaś nad ich aktualnością może być pierwszym obowiązkiem konsultantów krajowych. Niewątpliwie także towarzystwa naukowe powinny wytyczać kierunki nowych standardów na łamach specjalistycznych pism [Hajdukiewicz 2003, s. 57]. Wnioski, jakie wyciąga D. Hajdukiewicz, są na tyle istotne, że nie tylko pokazują zadania stawiane przed standardami i wytycznymi, ale także wskazują potrzebę opracowania standardów wewnętrznych, które w przypadku wdrażania systemów zarządzania jakością zgodnych z normą ISO 9001:2008 przybiorą kształt procedur i instrukcji.

Wraz z wyodrębnieniem definicji jakości, w literaturze zaczęły się pojawiać określenia: kontrola jakości, ocena jakości, poprawa jakości, zapewnienie jakości itd. odnoszące się do usług medycznych. Dla uporządkowania i scharakteryzowania tych pojęć w pracy posłużono się schematem H. Lenartowicz, który w sposób najbardziej poprawny merytorycznie je klasyfikuje (rysunek 4.4.).

Omawianie poszczególnych pojęć rozpoczęto od poziomu najniższego. *Kontrola jakości* (*Quality Control – QC*) jest zespołem czynności mających na celu przetestowanie wszystkich elementów pracy i działań, które mogą być zdefiniowane, pomierzone i sprawdzone (skontrolowane). Kontrolę jakości można więc



Rysunek 4.4. Pogłębione podejście do jakości

Źródło: Lenartowicz 1998, s. 14.

rozpatrywać pod kątem standardów i norm. Są one zwykle formułowane przez osoby kontrolujące i nadzorujące, bez udziału wykonawców, co ma niekorzystny na nich wpływ, albowiem obniża ich zainteresowanie i poczucie odpowiedzialności za jakość. Kontrola jakości powinna służyć sprawdzeniu zgodności stosowanych wartości poszczególnych parametrów z ich wartościami optymalnymi¹³.

Ocena jakości (Quality Assessment) jest opisem bądź pomiarem aktualnego poziomu jakości. Zwykle obejmuje badanie stopnia satysfakcji pacjenta z przebiegu leczenia, głównie z opieki i pobytu w szpitalu. Może także obejmować satysfakcję pracowników z wykonywanej pracy. Ponadto ocena jakości może funkcjonować jako samodzielna analiza bądź też stanowić etap szerszych programów poprawy jakości. Do obecnie istniejących systemów oceny jakości dodaje się także ocenę podmiotu leczniczego prowadzoną przez różne strony: od NFZ, który dokonuje oceny w trakcie rangowania ofert aż po oceny, które próbują przeprowadzać tygodniki, w oparciu o kryteria przygotowywane z organizacjami i towarzystwami zajmującymi się rekomendowaniem wskaźników jakościowych lub audytu jakościowego.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz jego nowelizacją w zarządzeniu nr 20/2009/DSOZ z dnia 25 marca 2009 roku oceny oferty dokonuje się według wskazanych kryteriów¹⁴.

¹³ Celem kontroli jakości w pracowni radiologicznej jest na przykład: a) wykrywanie uszkodzeń po instalacji lub głównej naprawie, uszkodzeń, które mogłyby mieć wpływ na jakość obrazu lub narażenie pacjentów na promieniowanie, b) ustalenie wyjściowego poziomu sprawności przydatnego do porównań, c) wykrywanie przyczyn pogorszenia sprawności aparatu rentgenowskiego, d) ustalenie porównywalnych parametrów ekspozycji dla różnych aparatów rentgenowskich. Dzienna kontrola jakości (*daily QC*) jest obowiązkiem techników obsługujących pacjentów. Testy półroczne i roczne prowadzone są przez wykwalifikowanych techników kontroli jakości. Kontrola jakości w przypadku diagnostyki rentgenologicznej oznacza maksymalizowanie prawdopodobieństwa, że obrazy rentgenograficzne będą zawierać adekwatną informację diagnostyczną przy jednoczesnym użyciu potencjalnie minimalnej dawki promieniowania i koszcie badania pacjenta [Wójtowicz 1983, s. 16; Lenartowicz 1998, s. 13–14; Whitfield 1999, s. 141; Chmielewski 2000, s. 54–55].

¹⁴ Kryteriami tymi są: 1) jakość – oceniana w szczególności poprzez: kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie, wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną, posiadanie zewnętrznej oceny jakości, wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, (2) kompleksowość – oceniana w szczególności poprzez: możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne), planowaną strukturę świadczeń w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków, ofertę udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, (3) dostępność – oceniana w szczególności poprzez: liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy, organizację przyjęć pacjentów, brak barier dla osób niepełnosprawnych, (4) ciągłość – oceniana w szczególności poprzez: ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty, ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniodawców w ramach

W ocenie jakości, szczególnie dla pacjentów, prowadzone są rankingi szpitali. Do najpopularniejszych należą: ranking szpitali „Rzeczpospolitej” i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie, ranking szpitali Towarzystwa Promocji Jakości i „Newsweek Polska” oraz ranking szpitali tygodnika „Wprost”.

Ranking szpitali „Rzeczpospolitej” i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie przeprowadzany jest z wykorzystaniem ankiety, w której zawarte są wymogi rozporządzenia ministra zdrowia. Ocenie podlegają: budynki, zarządzanie majątkiem, zasilanie w media i instalacje, blok operacyjny, system sterylizacji, diagnostyka, systemy informatyczne, zarządzanie, polityka leków, jakość usług, certyfikaty jakości, komfort pobytu pacjenta, analiza zdarzeń i skarg, personel i jego kwalifikacje, finanse. Zagadnienia te zostały pogrupowane w trzy kategorie: zarządzanie, jakość opieki, opieka medyczna. Łączny

danego zakresu świadczeń, realizowanego w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, (5) cena – oceniania poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy [Zarządzenie nr 86/2008/DSOZ, § 2]. Załącznik do zarządzenia nr 20/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 marca 2009 r., podaje szczegółowe parametry kryteriów oceny, oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej. W kryterium odnoszącym się do jakości, pojawiają się następujące poziomy skalujące: (1) personel – lekarze, pielęgniarki, inny personel (psycholodzy, psycholodzy kliniczni, fizjoterapeuci, fizykoterapeuci), (2) sprzęt i aparatura – dostępność w lokalizacji, w miejscu, (3) wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń – warunki dotyczące pomieszczeń, warunki lokalizacyjne, (4) zewnętrzna ocena jakości: certyfikaty jakości (certyfikat serii ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy, certyfikat wydany przez Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy), spełnienie innych standardów – spełnienie wszystkich standardów Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, (5) wyniki kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2008 roku i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym: (a) obniżenia jakości świadczeń: udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie/brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów), (b) ograniczenie dostępności do świadczeń: nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy, nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących, obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, (c) nieprawidłowa realizacja świadczeń: niezasadne ordynowanie leków, nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń, (d) nieuprawnione zmiany warunków umowy: nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową/nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie, niezgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń, (e) inne naruszenia postanowień umowy: przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, udaremnienie lub utrudnianie kontroli, (f) negatywny wynik rekontroli: niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.

wynik to 1000 punktów. Punktacja zdobyta przez jednostki decyduje o pozycji w rankingu.

Kolejny ranking to ranking szpitali Towarzystwa Promocji Jakości i „Newsweek Polska”. Ranking jest przeprowadzany osobno dla poszczególnych wybranych specjalności. Szczególną cechą tego rankingu jest uwzględnienie głosów środowiska lekarskiego oraz ocena: zakresów świadczeń, kompleksowość terapii, personelu, dostępu do specjalistycznego sprzętu, zewnętrznych certyfikatów jakości. Podstawą oceny jest dobrowolna ankieta.

W rankingu szpitali tygodnika „Wprost” ocenie podlegają wybrane specjalności, na których wynik składają się oceny procedur medycznych. W badaniu projektowanym przez tygodnik „Wprost” razem z Wydawnictwem Termedia, ocenie podlegają: personel, sprzęt, diagnostyka, ryzyko powikłań, komfort pacjenta, spektrum wykonywanych świadczeń i stosowane metody leczenia oraz wyniki (powikłania, powtórne przyjęcia, czas pobytu) [Dzięgielewski 2010, s. 9].

W tabeli 4.4. dokonano porównania wybranych aspektów oceny zarządzania jakością.

Tabela 4.4. Porównanie wybranych aspektów oceny jakości

Instytucja oceniająca	Kryterium oceny					Inne aspekty				
	personel	sprzęt	cena	gospodarka finansowa	spektrum świadczeń	zakres oceniany	porównanie różnych jednostek	ankieta	weryfikacja bezpośrednia	udział w rankingu
NFZ	tak	tak	tak	nie	nie	oddział	tak	tak	częściowa	obligatoryjny
Rzeczpospolita	tak	tak	nie	tak	nie	jednostka	tak	tak	nie	dobrowolny
Newsweek	tak	tak	nie	tak	tak	oddział	tak	tak	nie	dobrowolny
Wprost	tak	tak	nie	nie	tak	oddział/ procedura	tak	tak	nie	dobrowolny

Oznaczenie: tak – biorę pod uwagę, nie – nieuwzględnione

Źródło: Dzięgielewski 2010, s. 9.

Poprawa jakości (*Quality Improvement*) odnosi się do podniesienia jakości określonego komponentu opieki. Jest programem szerszym od oceny, gdyż zwykle obejmuje, oprócz ustalenia stanu faktycznego, identyfikacji czynników sprzyjających i utrudniających, także warianty poprawy oraz udoskonalenie badanego wycinka rzeczywistości. Poprawa jakości może dotyczyć np. skrócenia czasu

oczekiwania pacjentów w izbie przyjęć, w konsultacyjnym gabinecie specjalisty itp.¹⁵

Zapewnienie jakości (*Quality Assurance – QA*) jest podejściem znacznie pogłębionym i rozszerzonym. QA to zaplanowany system działań rzetelnie wykonywanych, zapewniający, że usługi są zgodne z przyjętymi standardami. Oznacza pozytywną deklarację, intencję oraz gotowość do usunięcia wszelkich stwierdzonych niedociągnięć. Stanowi formalną gwarancję (poręczenie) uzyskania usługi na możliwym do przyjęcia, akceptowalnym poziomie. Obejmuje ocenę i pomiar aktualnego poziomu wytwarzania bądź testowania usług oraz skuteczne działania modyfikujące te procesy. Pojęcie zapewnienia jakości jest nadrzędne wobec technologii medycznych, od której oczekuje się sprawdzenia skuteczności i bezpieczeństwa wykorzystywanych metod, ustalenia norm, stosowania technologii i osiągnięcia zamierzonych wyników, a także określenia stosunku między nakładami finansowymi a rezultatami. Model zapewnienia jakości jest preferowany w wielu organizacjach opieki zdrowotnej, w których dąży się do zapobiegania ewentualnym problemom wcześniej zanim wystąpią. Zapewnienie jakości kładzie nacisk na właściwe działanie już za pierwszym razem [Marciniak 1999, s. 78; Lenartowicz 1998, s. 15 i 35–39; Niżankowski 2000, s. 417; Cleland 1995, s. 27]. Elementami wpływającymi na poziom opieki medycznej przy zapewnieniu jakości są: kwalifikacje personelu, sposób zorganizowania oraz metody pracy i standardy opieki. Znany model podejścia do zapewnienia jakości było dostosowanie usług zdrowotnych do stanu pacjenta według tzw. grup diagnostycznych (*Diagnosis Related Groups*)¹⁶.

Zgodnie z programem *Zdrowie dla wszystkich*, utrzymanie jakości opieki wymaga systematycznego monitorowania osiągnięć w zdrowiu, jakości życia, zadowolenia pacjentów oraz wydatków i dostępności. Program podkreśla konieczność stosowania odpowiedniego doboru bodźców opartych na wynikach opieki, w tym

¹⁵ Warto zauważyć, że pracownik zaangażowany w proces poprawy jakości obsługi klienta to taki, który: zna i rozumie sytuację firmy, zna zakres swoich uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności, co wzmacnia jego samodzielność, jest doceniany, nagradzany lub jasno i rzetelnie karany, jest traktowany przez pracodawcę w sposób podmiotowy [Lenartowicz 1998, s. 16; Marciniak 1999, s. 9; Cleland 1995, s. 26; Siewierski 1997, s. 20].

¹⁶ Oceniono i mierzono jakość opieki medycznej przez porównanie diagnozy i zastosowanego leczenia z opracowanym przez specjalistów wzorcem postępowania. Ponadto pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia wydawany jest European Newsletter on Quality Assurance. W wykładni polityki zdrowotnej w Europie znanej pod tytułem *Cele zdrowotne w programie Zdrowie dla wszystkich. Polityka zdrowotna w Europie* o jakości opieki i odpowiedniej technologii traktuje cel 31, który mówi, że do roku 2000 we wszystkich państwach członkowskich powinny powstać struktury i rozwijać się procesy ciągłej poprawy jakości zdrowotnej i odpowiedniego rozwoju oraz stosowania technologii związanych ze zdrowiem. Cel ten może zostać osiągnięty przez: kompleksowe strategie oceniania i promowania jakości opieki, wybór, rozwój i odpowiednie stosowanie właściwych technologii oraz odpowiednie kształcenie personelu, międzynarodową współpracę i wymianę informacji dotyczącą procedur oceniania, standardów opieki, kształcenia i rozwoju technologii.

udostępniania odpowiedniej informacji o wynikach osobom odpowiedzialnym za opiekę, menedżerom i konsumentom. Zwraca również uwagę na reorientację w kształceniu personelu medycznego, z położeniem nacisku na stan zdrowia, jakość życia, zadowolenie pacjentów i efektywność finansowania, jako miary właściwego działania.

Zagadnienie jakości zostało ponownie wyeksponowane na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w Lublanie w czerwcu 1996 roku. Organizacja ta stawia krajom europejskim żądanie jasnej strategii w zakresie ciągłego doskonalenia jakości opieki uwzględniającej kontrolę kosztów¹⁷. W Stanach Zjednoczonych *Quality Assurance* jest przez niektórych autorów uważane za sformułowanie przestarzałe i jest zastępowane raczej przez pojęcie *Continuous Quality Improvement* (stała poprawa jakości) [Kubik 1999, s. 344–345; Rogoziński 1998, s. 94–95]¹⁸. Jest to, podobnie jak *Risk Management* (RM)¹⁹, zarówno czynność, jak i nazwa sekcji szpitalnej zajmującej się kontrolą jakości usług leczniczych²⁰. *Quali-*

¹⁷ Zgodnie z kartą podstawowe zasady programów jakości to: identyfikacja najlepszych wyników, jasne i precyzyjne określanie celów, profesjonalna samoocena i samoregulacja, włączenie pacjentów do procesu doskonalenia jakości opieki zdrowotnej. W celu zapewnienia jakości można przyjąć następujący program działań: określanie zapotrzebowania na usługi medyczne w miejscu działania, planowanie zatrudnienia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, wyposażenie pracowników w sprzęt niezbędny do wykonania usług na wysokim poziomie, zatrudnienie osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, stosowanie okresu próbnego zakończonego oceną pracownika, opracowanie kryteriów oceny pracowników, wprowadzanie systemu premiowania najlepszych pracowników, motywowanie do podnoszenia kwalifikacji, badanie poziomu satysfakcji klientów [Hirschfeld 1997, s. 1–3, za: Lenartowicz 1998, s. 38; Nadziejko i Ścibor 1999, s. 98].

¹⁸ W marketingu relacyjnym K. Rogoziński wprowadził pojęcie doskonalenia obsługi nabywcy.

¹⁹ *Risk management* (w wolnym tłumaczeniu – działalność zmniejszająca ryzyko) jest zarówno nazwą oddziału (sekcji), który znajduje się w każdym szpitalu w Stanach Zjednoczonych, jak i nazwą działalności profesjonalnej pracowników szpitala. Działalność ta ma na celu z jednej strony ostrzeżenie przed ryzykownymi czynnościami leczniczymi, z drugiej zaś identyfikowanie zdarzeń, które mogą stanowić niebezpieczeństwo wszczęcia procesu przeciwko szpitalowi. Podstawową funkcją Risk Management Department jest koordynowanie czynności zapobiegających oskarżeniom szpitala ze strony pacjentów o zaniedbania w działalności leczniczej i korygowanie zaistniałych niedociągnięć. Inną funkcją jest rozpatrywanie wydarzeń lub wypadków (*incident reports*), które mogą być potencjalnymi przyczynami roszczeń pacjentów o odszkodowanie. Analizowanie takich zagrożeń prowadzi do identyfikacji zagrożeń i niedbalstwa ze strony personelu, do ewentualnego korygowania niebezpiecznych praktyk, a tym samym zapobiegania powtórzenia się podobnych zdarzeń w przyszłości [Kubik 1999, s. 344].

²⁰ *Quality Assurance Department* to dział złożony z etatowych pracowników szpitala, profesjonalistów medycznych, których zadaniem jest sprawdzenie działalności leczniczej lekarzy (a także innych profesjonalistów) pod kątem ewentualnych „odchyleń” tej działalności od ogólnie przyjętych standardów opieki zdrowotnej. Odbywa się to przez selekcję tych kart chorobowych, w których pacjenci demonstrowali niespodziewane, negatywne wyniki leczenia (np. zgon, infekcje, nagle zastrzeżenia stanu chorobowego), a następnie retrospektywne analizowanie postępowanie leczniczego. Odchylenia od normy są aktualizowane i ustala się pewien wzór (*pattern*) charakterystyczny dla danego lekarza. Odchylenia od przyjętego standardu, powtarzające się częściej niż zwykle u pewnych lekarzy, nasuwają podejrzenie o niekompetencję.

ty Assurance jest z reguły utożsamiana z kontrolą wewnętrzną (przeprowadzaną przez pracowników szpitala). Audit wewnętrzny jest bowiem skuteczniejszy niż audit zewnętrzny. Jest to o tyle ważne, że kontrola i wykrycie niedociągnięć ze strony zewnętrznych czynników kontrolujących (np. PRO – *Professional Review Organization*)²¹ niesie daleko idące konsekwencje, z sankcjami dla lekarzy i szpitala włącznie²². Istnieje pewne podobieństwo między *Risk Management* i *Quality Assurance*, albowiem wykrywają one niedociągnięcia, korygują je i przeciwdziałają oskarżeniom o niedbalstwo lecznicze, a także poprawiają reputację instytucji opieki zdrowotnej. Są jednak i różnice. Głównym zadaniem *Risk Management* jest ochrona interesów szpitala, podczas gdy, podstawowym zadaniem *Quality Assurance* jest ochrona pacjentów. Ponadto *Risk Management* umożliwia wykrywanie istniejącego ryzyka, a w przypadku *Quality Assurance* – porównanie prowadzonej opieki do obowiązujących standardów.

Kontrola i weryfikacja jakości stała się na tyle istotnym zagadnieniem, że na przykład w Niemczech powstał system kontroli jakości. Zalecenia ustawodawcy zostały skonkretyzowane we Wspólnej Komisji Federalnej (G-BA) i muszą być realizowane w poszczególnych szpitalach. Zgodnie z obowiązującym

²¹ *Peer review* jako forma kontroli usług lekarskich wprowadzona została po raz pierwszy w 1972 roku w charakterze Professional Standards Review Organizations (PSRO). PSRO miały na celu przez swoją akcję kontrolną propagować skuteczną i ekonomicznie wydajną, właściwą jakość opieki zdrowotnej. Działalność PSRO oceniona została jako niewystarczająca, gdyż nie potrafiła ukierunkować swoich celów. Standardy PSRO zostały w 1984 roku zastąpione przez Professional Review Organizations (PRO), które miały osiągnąć cele, zarówno odnośnie do jakości opieki zdrowotnej, jak i do stopnia używalności usług medycznych. PRO są prywatnymi organizacjami profesjonalnymi typu non profit skupiającymi lekarzy i pielęgniarki, a także personel administracyjny, zatrudniony na zasadzie kontraktu w celu przeglądu (*review*) opieki prowadzonej przez lekarzy w szpitalach. Lekarze podlegający przeglądowi wybierani są losowo, chyba że istnieje podejrzenie w konkretnym przypadku, że lekarz prowadzi usługi poniżej ustalonych przez wiedzę i praktykę norm. Stąd też PRO spełnia funkcję „policjantów” lekarzy w ocenie prowadzonej przez nich praktyki. W Stanach Zjednoczonych PRO jest organizacją dokonującą oceny jakości prawie wyłącznie u lekarzy medycyny i w przypadku osteopatii.

²² *Quality Assurance* (QA) w każdym kraju jest wypadkową formy organizacyjnej medycyny, regulacji prawnych, ustaleń politycznych i kultury społecznej. Zwykle opiera się na kilku filarach: a) prawnych koncepcjach odpowiedzialności szpitala za wynik podjętego leczenia, czyli na fakcie, że szpital z jednej strony bierze na siebie odpowiedzialność za działania związane z leczeniem, z drugiej strony ma prawo do wnikania w przebieg działalności zawodowej zatrudnionych osób, b) inicjatywach organizacyjnych osób odpowiedzialnych za leczenie (PRO), c) inicjatywach opartych przede wszystkim na naukowych podstawach pojmowania jakości w usługach medycznych. Pomimo dużego wysiłku, w połowie lat dziewięćdziesiątych w większości krajów europejskich rozwój systemów zapewnienia jakości znajdował się zaledwie na wczesnym etapie. Jedynie w Wielkiej Brytanii i Holandii można uznać ten poziom za dość zaawansowany. Przyjęte tam zostały założenia polityczne, przygotowano regulacje prawne, powstały instytucje i organizacje zajmujące się popularyzacją i implementacją systemów QA. W krajach skandynawskich i Islandii również następował szybki rozwój, głównie dzięki dużemu wsparciu rządów oraz zaangażowaniu organizacji profesjonalnych lekarzy rodzinnych [Tomasik 1998, s. 182].

ustawodawstwem, wszystkie szpitale powinny co dwa lata publikować w Internecie ustrukturyzowane sprawozdanie dotyczące jakości. Dzięki takiemu rozwiązaniu Niemcy są liderem w dziedzinie sprawozdawczości dotyczącej jakości. W przypadku niespełnienia lub nieznacznego przekroczenia wytyczonych wskaźników, szpital jest wzywany do poprawy. Weryfikacja i kontrola jakości dotyczy także działań prowadzonych przez poszczególne grupy zawodowe. Niemiecki Instytut Stosowanych Badań nad Pielęgniarstwem (DIP) poprosił grupę zawodową pielęgniarek o wskazanie wskaźników jakości, a następnie na podstawie tych wskaźników opracowano ankietę dla szpitali, pytając o częstość występowania działań niepożądanych. Natomiast w Austrii, w wyniku reformy z 2005 roku, uchwalono obszerną ustawę federalną w sprawie jakości świadczeń zdrowotnych. Ustawa wymaga regularnej sprawozdawczości dotyczącej jakości. Dzięki takim uregulowaniom ma zostać zapewniona przejrzystość w sferze jakości. Podobnie jest w Republice Czeskiej, gdzie Ministerstwo Przemysłu i Handlu w roku 2000 na podstawie uchwały gabinetu nr 458/2000 w sprawie narodowej strategii promowania jakości utworzyło Czeską Radę ds. Jakości. Składa się ona z przedstawicieli ministerstw, organizacji zawodowych, związków zawodowych i organizacji pozarządowych (NGO). W wyniku tej inicjatywy w Ministerstwie Zdrowia utworzono Radę ds. Jakości w Służbie Zdrowia, aby integrować i koordynować istniejące programy w zakresie jakości i włączyć je do systemu promowania jakości, zgodnie z koncepcją Ministerstwa Zdrowia i koncepcją ramową Europejskiego Regionu WHO *Zdrowie 21* [Papoušek i Bóhlke 2008, s. 55].

Ostatnim, najbardziej kompleksowym stopniem wdrażania jakości do szpitali – Total Quality Management (TQM) – jest zarządzanie przez jakość. W polskiej literaturze nie ma jednoznacznego przekładu terminu TQM. Najczęściej tłumaczy się go jako: totalne zarządzanie jakością [Wawak 1995, s. 25], globalne zarządzanie jakością, kompleksowe zarządzanie jakością [Sloan 1993] czy też zarządzanie przez jakość [Wawak 1997, s. 205–206; 1999, s. 205–206; Kindlarski 1993]. Niektórzy autorzy stosują także tłumaczenie zarządzanie projakościowe [Szymański 1995, s. 75] czy też, jeszcze częściej, zarządzanie jakością. A przecież, zwłaszcza to ostatnie, nie może być utożsamiane z TQM²³. Podobnie jak wiele

²³ Przyjęty w polskiej literaturze termin **zarządzanie przez jakość** często błędnie utożsamiany jest z terminem **zarządzanie jakością**. Dążenie do jakości totalnej (*total quality*) wymaga określonego systemu zarządzania procesami uzyskiwania jakości oraz sposobu jej doskonalenia. Takie zarządzanie, nazywane *quality management* (QM), kładzie nacisk na rozwiązania systemowe zapewnienia jakości, stosowanie narzędzi sterowania jakością, planowanie jakości, na właściwe określenie polityki jakości oraz wyznaczanie wymiernych i konkretnych celów jakościowych [Wawak 1999, s. 205]. Z opinią tą zgadzają się także E. Kindlarski i J. Bagiński [1994, s. 2–3], pisząc, że zarządzanie jakością należy zdefiniować jako aspekt całości funkcji zarządzania, które ustalają politykę jakości, cele i odpowiedzialność, jak również środki urzeczywistniające te zadania w ramach systemu jakości, także jako planowane sterowanie jakością, zapewnienie jakości i doskonalenie jakości. Zagadnienia te zostały poruszone w pracy M. Rechy [1997, s. 12]. R. Karaszewski z kolei

jest tłumaczeń nazwy, tak wiele jest definicji i określeń filozofii TQM. Zasady filozofii TQM są opisywane mniej lub bardziej szczegółowo przez autorów amerykańskich, brytyjskich i niemieckich²⁴. Wszyscy badacze podkreślają istotność orientacji na klienta, satysfakcji klienta, ciągłego doskonalenia oraz pełnego zaangażowania. Oznacza to z jednej strony stosowanie odpowiedniej strategii przez przedsiębiorstwo, z drugiej zaś – osiągnięcie odpowiednich korzyści zarówno przez przedsiębiorstwo, jak i przez jego klientów. T. Wawak [1999, s. 208] pojęcia te znajduje w samej nazwie. **Total** oznacza objęcie tym systemem całej organizacji oraz możliwości zastosowania we wszystkich rodzajach produkcji i usług, w każdej komórce organizacji, na każdym stanowisku w sposób nieograniczony. **Quality** to spełnienie wymagań klientów wewnętrznych (w ramach organizacji) i zewnętrznych (poza nią) w sposób w pełni ich zadowalający. **Management** to metoda rozwiązywania problemów i osiągania poprawy poprzez dążenie do wyższej jakości pracy i jej efektów, czyli podejmowania decyzji pro jakościowych z wykorzystaniem skutecznych procedur i metod realizacji.

W literaturze można spotkać się z definicjami TQM jako: filozofii zarządzania²⁵, strategii zarządzania²⁶, metody zarządzania [PN EN 28402 1993; Oakland 1992, s. 13] i procesu stałego doskonalenia [Total Quality 1988, s. 1; Lewandowski 1998, s. 10]. Należy zaznaczyć, że powyższy podział nie wyczerpuje wszystkich możliwych klasyfikacji²⁷. Zaprezentowane określenia i charakterystyki TQM różnią się jednakże stopniem szczegółowości. Niezwykle istotne na tym tle jest ujęcie statyczne zarządzania przez jakość wprowadzające TQM do usług. Model takiego wprowadzenia przedstawił K. Rogoziński. Skoncentrował go wokół

uważa, że zarządzanie przez jakość szeroko wykraczało poza horyzont działań wchodzących w zakres zarządzania jakością. Jest ono sposobem zarządzania, a raczej filozofią zarządzania zakładającą podporządkowanie idei kompleksowej totalnej jakości wszystkich podstawowych płaszczyzn funkcjonowania organizacji i w ten sposób udoskonalaniu jej efektywności, elastyczności i konkurencyjności [Karaszewski 1999c, s. 12].

²⁴ Amerykańscy autorzy: np. P.B. Crosby [1996], A.V. Feigenbaum [1991], J.M. Juran [1988]; badacze brytyjscy: B.G. Dale i J.J. Plunkett [1995], J. Oakland i A.S. Sohal [1996]; autor niemiecki: W. Masing [1994].

²⁵ TQM jako filozofia zarządzania [Wasilewski 1998a, s. 20; 1998b, s. 32; Zymonik 1999, s. 316]. Podobnie definicję TQM przedstawia R. Karaszewski [1999a, s. 12], dodając do niej dążenie do tzw. demokratyzacji zarządzania poprzez ograniczanie liczby poziomów w strukturach organizacyjnych.

²⁶ Definicję taką podaje także British Quality Association. TQM to zespołowa filozofia zarządzania przedsiębiorstw, zgodnie z którą potrzeby klienta oraz cele przedsiębiorstwa są nierozłączne [British Quality Association Newsletter 1989, s. 20].

²⁷ Z. Kłós podaje dodatkowe definicje TQM, a mianowicie: a) jako sposób zarządzania, system wszechstronnego oddziaływania na jakość wyrobu lub usługi; b) jako specyficzne ujęcie kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa; c) jako opartą na szerokim udziale pracowników koncepcję społeczno-gospodarczą; d) TQM to tworzenie systemów społeczno-technicznych i sterowanie nimi [Kłós 1994; 1999, s. 810; Broniewska 1996; Oakland 1992, s. 35; Łuczak 1998, s. 15].

trzech M. Pierwsze to *Management*, który oznacza sformułowanie misji, celów strategicznych i wyprowadzonej z niej wizji prowadzenia biznesu, ukształtowanie odpowiedniej kultury organizacji, wybór odpowiedniej struktury organizacji, zdefiniowanie jakości wewnętrznej, przygotowanie materialnych i organizacyjnych warunków świadczenia usług na zaplanowanym poziomie jakości, wypracowanie adekwatnego do nich stylu zarządzania. Z kolei drugie – *Mistrzostwo zawodo-*
we – oznacza opracowanie, właściwy wybór i perfekcyjne stosowanie procedur realizacyjnych i powiązanych z nimi systemów motywacyjnych. Trzecie M to *Marketing relacyjny* utożsamiany z orientacją zewnętrzną jako otwarcie się na otoczenie, w tym szczególnie na nabywców, którzy jako współprojektanci jakości i współwytwórcy usługi są włączani w strukturę [Rogoziński 1998, s. 242–245]. Powyższy model uzyskuje dynamizm dzięki wzajemnemu przenikaniu się dwóch ruchów (sił), z których jeden ma charakter zstępujący, drugi zaś wstępujący. *Ruch zstępujący, czyli rozwinięcie*, polega na dyfuzji wyprowadzonych z misji celów i wykorzystaniu do tego marketingowej interpretacji jakości. Wszystko zostaje podporządkowane zespoleniu jakości z wartością i takie łączne ich rozumienie przenika wszystko. Orientacja na jakość przesądza o sposobie spełnienia funkcji wykonawczych i marketingowych oraz ukierunkowuje na powiększanie wartości wspólnie dodanej. Cały proces zostaje przejrany i przeanalizowany jako potencjalnie jakościotwórczy i wyznaczone zostają w nim obszary/punkty/momenty rzeczywiście jakościotwórcze. Każdy pracownik interpretuje i odzwierciedla na swój sposób nadrzędną kategorię wartości i jej pierwszą pochodną, czyli jakość. W każdym elemencie struktury skondensowana zostaje kategoria jakości. Staje się ona hologramem, a to oznacza, że z każdej najmniejszej cząstki struktury, elementu bądź jednostkowych zachowań można wyprowadzić lub zrekonstruować jakość, za jej pośrednictwem zaś odtworzyć kulturę organizacji. Kolejna kategoria to *ruch wstępujący, czyli zwijanie*. Zwijanie jest najpierw odpowiedzią udzieloną przez każdy świadomy element struktury, daną i potwierdzoną w zachowaniu – działaniu – pracy – postawie – zaangażowaniu, a następnie powrotem do źródła (kultury organizacji), by w nim potwierdzić trafność powyższych zachowań. Jest więc ruchem oddolnym, który swą siłę motoryczną czerpie z satysfakcji, wspina się na coraz wyższy poziom realizacji. Dzięki niemu jakość, rozumiana jako doskonalenie obsługi nabywcy, staje się formą samodoskonalenia usługodawcy (współtworzącego całość, którą jest ucząca się organizacja). Ostatnim elementem, który się pojawia, jest *przecinanie się i krzyżowanie*. Każdy element organizacji powinien dać wyobrażenie o całości, czyli na podstawie dwustronnej relacji usługowej można wnioskować o rozumieniu jakości i znaczeniu, jakie się jej nadaje w całej organizacji (strukturze). Zatem niemal każda osoba należąca do personelu kontaktowego ma wszczepiony jakościowy hologram, na podstawie, którego można określić znaczenie jakości oraz zrekonstruować niewralgiczne dla realizacji strategii miejsca krzyżowania się funkcji

marketingowych – zarządczych – realizacyjnych i wykorzystać umiejscowiony w nich personel do budowania zespołów jakości [Rogoziński 1998, s. 244–245].

Biorąc pod uwagę powyższe założenia, można przyjąć, że **kompleksowe zarządzanie przez jakość to sposób zarządzania charakteryzujący się podejściem systemowym zorientowanym na cele strategiczne oraz zdolnością do ciągłej poprawy. Jest to możliwe poprzez aktywne działanie kierownictwa oraz mobilizację personelu mającą na celu włączenie nabywcy w proces doskonalenia obsługi** [Dobska i Dobski 2003, s. 122].

Na podstawie doświadczeń prezentowanych w literaturze można stwierdzić, że podmioty lecznicze, które stworzyły podstawy do wprowadzenia systemów zarządzania przez jakość, charakteryzują się przede wszystkim zdecentralizowaniem podejmowania decyzji, z przekazaniem niektórych uprawnień decyzyjnych lekarzom i innym wysoko wykwalifikowanym pracownikom oraz z radykalną zmianą charakteru kontaktów z klientami – „integracją wstecz” polegającą na uczynieniu z nabywcy współtwórcy produktu oraz na zdolności przewidywania, w jakich sytuacjach konsumowane będzie to, co wcześniej zostało współwytworzone. Ponadto wprowadzenie relacyjnej formy wymiany w podmiocie skutkuje spadkiem kosztów jednostkowych każdej kolejnej transakcji, ograniczeniem wydatków na badania marketingowe oraz lepszą informacją o pacjentach. Warto wskazać na podejście do jakości w kontekście marketingu relacyjnego, zmianę konfiguracji elementów tworzących marketing mix oraz wzrastającą świadomością istnienia wewnętrznych relacji typu rynkowego, pomiędzy zespołami mającymi bezpośredni kontakt z pacjentem a zespołami wspierającymi i świadomością niezależności tych zespołów. Podmioty lecznicze wprowadzające systemy zarządzania odznaczają się dostępnością informacji potrzebnej do zarządzania zarówno na wysokim szczeblu, jak i na poziomie zespołów, istnieniem kreowanej przez naczelnego menedżera strategii organizacji łączącej w spójną całość różne aspekty jakości i koordynującej inicjatywy personelu. Instytucje, które wprowadziły systemy zarządzania na rzecz jakości, rozłożyły uprawnienia menedżerskie poziomo w całej organizacji. Proces zarządzania obejmuje wszystkie funkcje, co otwiera drogę do osiągnięcia dobrych wyników jakościowych i znacznego ograniczania kosztów. Wprowadzenie do zakładu zasad TQM z sukcesem wiąże się z przekazaniem personelowi podstawowych zasad marketingu relacyjnego, utrzymania stałości celów, wzmocnienia zaangażowania pracowników, szkolenia personelu w umiejętności szybkiego reagowania na zmiany sytuacji oraz utrzymania stałego postępu w organizacji pracy i zarządzania. D. Vaskevitch uważa, że TQM, stosowane zwłaszcza w szpitalach, powoduje zmianę orientacji przedsiębiorstwa z wewnętrznej na zewnętrzną. Podkreśla także wartość dobrze przeszkolonego personelu w procesach zarządzania przez jakość [Vaskevitch 1993, s. 20; Sloan i Torpey 1995, s. 92–93].

Przy wdrażaniu faz TQM na rzecz poprawy jakości duże znaczenie ma zaangażowanie naczelnego kierownictwa poprzez funkcję inicjującą i koordynującą. Jest to szczególnie ważne ze względu na myślenie strategiczne, które powinno być mocną stroną wyższych szczebli zarządzania. Dyrektor (kierownik zakładu) powinien być zaangażowany w wybór i realizację strategii od początku i na stałe, ze względu na to, że zmiany dokonujące się w otoczeniu łatwiej jest obserwować z wyższych szczebli zarządzania niż na poziomie bezpośrednio wykonawczym. W przypadku strategii projakościowej w pełni potwierdza się prawdziwość sądu, że „przykład idzie z góry”, tak więc dyrektorzy powinni być marketingowo wyedukowani.

Wdrażanie strategii projakościowej nie może się obyć bez aktywnego udziału osób bezpośrednio zaangażowanych w proces świadczenia usługi, a więc personelu kontaktowego. Personel powinien się w pełni ze strategią utożsamiać, uważać ją za swoją. Ponadto ostateczny kształt strategii może być skorygowany po uwzględnieniu opinii konsultantów i klientów, którzy chociażby podczas spotkań focusowych mogą także wyrazić swoje opinie dotyczące niektórych istotnych kwestii obsługi. Należy w tym miejscu wspomnieć o licznych korzyściach wynikających z wprowadzenia TQM. Pozytywna twórcza postawa pracowników, zadowolenie klientów, eliminowanie jawnych błędów powstających na wszystkich szczeblach zarządzania, sprawna komunikacja oraz efektywny przepływ informacji i ciągła poprawa działań [Kolman i Krukowski 1997, s. 21]²⁸.

3.3. Medical malpractice i niepowodzenia we wdrażaniu jakości do podmiotów leczniczych

W 1999 roku *Institute of Medicine* (IOM) opublikował raport *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, w którym autorzy podali, że corocznie w Stanach Zjednoczonych, w wyniku błędów medycznych umiera od 44000 do 98000 osób, co stanowi około 260 osób dziennie (populacja w Stanach Zjednoczonych wynosi 308 745 000 osób) [Buttell, Hendler i Daley 2007]. Gdyby przyjąć, że w wyniku błędów medycznych w Stanach Zjednoczonych, rocznie umiera 0,031% populacji i założyć, że w polskich szpitalach dysponujemy takim samym zaawansowaniem technologicznym, tym samym poziomem wiedzy medycznej oraz taką samą standardyzacją świadczeń, wówczas w Polsce szacunki wynosiłyby około 11 700 osób

²⁸ Do listy tej M. Bugdol dodaje: delegowanie władzy i usprawnień na niższe szczeble struktury organizacyjnej (co stanowi czynnik integracji pionowej); docenianie sfery społecznej przedsiębiorstwa, a zwłaszcza kultury organizacyjnej (przez sposób zarządzania ludźmi); kształtowanie przez TQM norm, wzorców zachowań społecznych, co sprzyja m.in. integracji kulturowej i funkcjonalnej; współzależny model samooceny przedsiębiorstwa zawierający kryteria należące do wszystkich systemów przedsiębiorstwa, zdolność do asymilacji innych metod i technik zarządzania [Bugdol 1999, s. 12–13].

rocznie, co stanowi 32 osoby dziennie. Ze względu to, że nie możemy przyjąć wyjściowych warunków amerykańskich oraz nie możemy założyć porównywalnego stanu wiedzy i technologii, należałoby powiększyć polski wskaźnik. W raporcie z 1999 roku *Institute of Medicine*, ze względu na bezpieczeństwo pacjentów zalecono konieczność podnoszenia wiedzy, identyfikacji i uczenia się na błędach oraz wprowadzenie zestawu standardów wydajności i oczekiwań w zakresie bezpieczeństwa. Instytut podkreśla także istotność wdrożenia systemów bezpieczeństwa w organizacji opieki zdrowotnej [Buttell, Hendler i Daley 2007].

Określenie cech i wymiarów jakościowych jest bardzo pomocne przy kwantyfikacji, a tym samym przy określaniu, kiedy należy wprowadzać działania korygujące czy zapobiegawcze w celu poprawy procesu obsługi pacjenta. Nie wystarczy jednak wziąć pod uwagę subiektywnych ocen pacjentów (aby w bezkrytycznym komplementowaniu pacjentów i przyjmowaniu moralnie złych zleceń nie popaść w „marketingową pułapkę” [Rogoziński 2000, s. 224]), ale należy monitorować błędy pojawiające się po stronie wykonawcy usługi, w zakresie profesjonalizmu wykonania i błędy/niedociągnięcia pojawiające się w trakcie organizacji całego procesu świadczenia usługi (niedociągnięcia spowodowane wypracowaniem złego systemu zarządzania jakością). J. Kulikowski dzieli błędy popełniane przez profesjonalistów na dwie grupy. W pierwszej, najważniejszej, błędy zależą od systemów, procedur, zwyczajów obowiązujących w jednostce, lub ich braku. Błędy te nazywa błędami systemowymi, natomiast druga grupa, odnosi się do błędów popełnionych przez profesjonalistę jako człowieka [Kulikowski 2010, s. 9].

Błędy, które mogą się pojawić w trakcie wykonywania usług, można podzielić na trzy kategorie. Pierwsza z nich, *niewykorzystanie*, obejmuje błąd polegający na niewykonaniu usługi medycznej w sytuacji, w której spowodowałaby poprawę stanu pacjenta. Do drugiej kategorii należy błąd *nadużywania*. Pojawia się on, kiedy w danych okolicznościach usługa medyczna może wyrządzić potencjalnie więcej szkód niż korzyści. I wreszcie błędy *niewłaściwego wykorzystania*. Występują one, gdy została wybrana odpowiednia usługa, ale pojawiły się powikłania, których można było uniknąć. Podział na te trzy kategorie naświetla relacje pomiędzy jakością a kosztami. Zmniejszenie *nadużywania* poprawia jakość (poprzez eliminację niepotrzebnego ryzyka spowodowanego nieodpowiednią usługą) i równocześnie zmniejsza koszty. Wyeliminowanie niewłaściwego wykorzystania poprawia jakość (przez zmniejszenie liczby powikłań) i zmniejsza koszty (poprzez zmniejszenie kosztów leczenia powikłań). Jednakże rozwiązanie problemu *niewykorzystania* prawie zawsze prowadzi zarówno do zwiększenia kosztów, jak i do poprawy jakości [Walczak 2002, s. 252]. Po stronie profesjonalistów (personelu medycznego odpowiedzialnego za wykonanie usługi) mogą się pojawić błędy wynikające z niewłaściwego świadczenia usługi. Nie jest to sytuacja, która mogłaby zaskakiwać osoby zarządzające (jeśli nie zdarza się na masową skalę), bowiem w ogromnej liczbie zdarzeń odbywających się w miejscu

świadczenia usługi, przy niezliczonej liczbie decyzji, interakcji i działań, możliwość popełnienia błędu wzrasta (*errare humanum est*). Rolą osób zarządzających natomiast jest takie określenie i zorganizowanie procesów, aby ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych było jak najmniejsze.

Zdaniem E. Tomczuk, w polskim systemie prawa brakuje narzędzi umożliwiających raportowanie: *błędów medycznych, błędów klinicznych, zdarzeń niepożądanych, incydentów zagrażających bezpieczeństwu pacjenta* – nie są to bowiem pojęcia kodeksowe w ujęciu *de lege lata i de lege ferenda*²⁹. System zgłaszania błędów nie ma służyć identyfikacji i karaniu poszczególnych osób z personelu, a jedynie chronić innych przed powtórzeniem błędu. Ryzyko popełnienia błędu stanowi bowiem powszechnie na świecie podnoszony aspekt zagrożenia elementarnych praw pacjenta. Ryzyko szkód z tego tytułu jest nieuniknione, ale możliwe do ograniczenia dzięki aktywnej i świadomej polityce. Raportowanie i zbieranie danych o błędach medycznych ma znaczenie tylko wtedy, gdy zgromadzone dane stają się przedmiotem analizy i podlegają ewaluacji, a personel medyczny uczestniczący w zdarzeniu otrzymuje informację zwrotną [Tomczuk 2007, s. 52]. Medyczny błąd może się zdarzyć wszędzie, na każdym poziomie kontaktu z pacjentem – na etapie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji leczniczej. Może się pojawić na izbie przyjęć, na pogotowiu, w sali porodowej, na bloku operacyjnym czy w gabinecie lekarskim. Pacjent może zostać ofiarą nieumiejętnie przeprowadzonej procedury medycznej, nieodpowiedniego nadzoru, zaniedbania medycznego, błędu diagnostycznego czy niewłaściwego leczenia [Kurkowski 2002a, s. 26]. Na początku lat osiemdziesiątych w środowisku medyków sądowych powstała klasyfikacja błędów medycznych obejmująca błędy: decyzyjny, wykonawczy, organizacyjny oraz błąd opiniodawczy. Błędne postępowanie personelu medycznego może dotyczyć diagnozy procesu chorobowego, jego terapii, związanego z nimi rokowania, prognozy, może też wynikać z nieprawidłowej organizacji jednostki. W odniesieniu do lekarzy zajmujących się na co dzień wydawaniem orzeczeń i opinii sądowo-lekarskich stworzono nową kategorię oceny nieprawidłowej działalności medycznej – błąd opiniodawczy – odnoszący się do opinii wydawanych wbrew zasadom wiedzy [Wolska, Engelgardt i Śliwka 2002, s. 3].

W literaturze amerykańskiej (a więc w społeczeństwie dojrzałym, jeśli chodzi o penetrację tego, co może się wydarzyć w relacjach usługodawca – usługobiorca, jednym z pojęć obrazujących zjawisko wadliwości postępowania personelu medycznego jest *medical malpractice* [Kurkowski 1998, s. 83] (*mal* – zła, *practice* – praktyka). Jest to pojęcie, które obejmuje zarówno błędy w sztuce lekarskiej, zaniedbania w trakcie medycznej interwencji, jak i brak należytej staranności czy taktu w kontaktach z pacjentami, a także zaniedbania organizacyjne przy

²⁹ *De lege lata* – o ustawie uchwalonej, *de lege ferenda* – o ustawie, która ma być uchwalona.

dostarczaniu usług zdrowotnych³⁰. Ma ono szczególnie wydzźwięk w Stanach Zjednoczonych, gdzie stała świadomość odpowiedzialności cywilnej za skutki niedbalstwa i niewłaściwego działania powoduje, że lekarze i szpitale są bardzo ostrożni. W publikacji, która ukazała się w październiku 2012 roku, że *Briefing Book. Medical Malpractice by the Numbers*, autorzy wskazują, że 0,8 do 1% pacjentów, staje się ofiarami *malpractice*, a 1/3 z 1% spraw kończy się rozprawą w sądzie [Gottlieb i Doroshov 2012]. W opisie L. Kurkowskiego decyzje lekarskie niemal zawsze zapadają w warunkach wysokiej niepewności i czasami, mimo najlepszych chęci, lekarz nie jest w stanie uniknąć błędów diagnostycznych, a tym samym i błędnej terapii. Stwierdzenie tego faktu jest tyleż banalne, co okrutne. Czynniki, które chronią przed postawieniem błędnej diagnozy, są: wysokie kwalifikacje i doświadczenie lekarza oraz ilość czasu, który może on poświęcić pacjentowi, a także dobre warunki lokalowe w momencie badania. Autor zaznacza, że istotna jest właśnie ta kolejność i nierozdzielność [Kurkowski 1997a]. Dlatego też w lecznictwie szpitalnym wprowadzone zostały mechanizmy obronne mające zapobiec niewłaściwemu i niedbałemu działaniu. W Stanach Zjednoczonych, aby uznać działania lecznicze za *malpractice*, pacjent musi wykazać, że doznał szkody fizycznej, finansowej lub emocjonalnej. Szkoła fizyczna jest rzeczywistą przyczyną, dla której pacjent wchodzi na drogę sądową, żądając

³⁰ *Jeżeli pacjent nic nie wie o swoich prawach, lekarz powinien mu to uświadomić. Jeżeli nie zrobią tego lekarze, zrobią to adwokaci (E. Zielińska)*. Ubezpieczenia od błędów w sztuce lekarskiej w Stanach Zjednoczonych zostały w ostatnim ćwierćwieczu rozwinięte w tempie astronomicznym. Lekarze, szpitale i wszyscy profesjonaliści zajmujący się opieką zdrowotną zmuszeni byli wykupywać coraz to droższe ubezpieczenia podnoszone sukcesywnie przez kompanie ubezpieczeniowe, w miarę jak wzrastała liczba spraw sądowych i wysokość odszkodowań za uszkodzenia spowodowane złą praktyką. Lekarze, będąc obok szpitali głównym celem oskarżeń i pragnąc jak najlepiej zabezpieczyć się przed jakimkolwiek zaniedbaniem w swojej praktyce medycznej, zwykli byli prowadzić tzw. defensywną medycynę, to znaczy zlecać, nieraz kosztowne, badania diagnostyczne, jeśli istniała nawet minimalna szansa wykrycia czegokolwiek. „Defensywna medycyna” kosztowała i kosztuje społeczeństwo amerykańskie miliardy dolarów. W połowie lat osiemdziesiątych nastąpił również kryzys dotyczący sądenia lekarzy o błędy w sztuce lekarskiej (*malpractice*). Narastająca liczba spraw sądowych wytaczanych przez poszkodowanych lub rzekomo poszkodowanych w wyniku leczenia pacjentów i zasądzanie na niekorzyść lekarzy wielomilionowych odszkodowań spowodowały z jednej strony znaczny wzrost kosztów ubezpieczeń od *malpractice*, a z drugiej strony reakcję lekarzy w postaci prowadzenia defensywnej praktyki, czyli zlecenia niezbyt potrzebnych a drogich testów dla własnego zabezpieczenia. W Stanach Zjednoczonych, w 1973 roku trzech lekarzy na stu było oskarżonych o *malpractice*, w 1983 roku już co piąty lekarz spodziewał się pozwu do sądu. W stanie Kentucky w 1996 roku statystycznie co trzeci lekarz (w praktyce ogólnej i rodzinnej) był oskarżony o błąd w sztuce lekarskiej lub niedbałe wykonanie obowiązków zawodowych. W 1993 roku na dorocznej konwencji Amerykańskiego Stowarzyszenia na Rzecz Postępu Naukowego (AAAS) ujawniono raport przygotowany przez naukowców Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego, w którym oceniono, że około 150 tys. osób umiera w amerykańskich szpitalach z powodu niewłaściwej opieki medycznej, a połowa tych zgonów jest wynikiem zaniedbania lub zlekceważenia obowiązków [Kubik 1999, s. 50, 94, 148; Kurkowski 1997b, s. 60; 2002b s. 84].

odszkodowania. Szkada finansowa jest łatwa do wyliczenia i załatwiana jest często polubownie, o ile nie jest tylko częścią procesu o odszkodowanie. Szkada emocjonalna jest najbardziej kontrowersyjną stroną oskarżeń o zaniedbanie. Sądy zwykle wskazują, że uszkodzenia tego typu są wywołane przez „karygodną działalność” (*outrageous conduct*), która w sposób ewidentny wywołuje szok emocjonalny przez sam fakt niedbalstwa. Podstawą prawną do odszkodowania za straty poniesione w wyniku niedbale prowadzonej działalności leczniczej jest udowodnienie istnienia czterech elementów. Są to: obowiązek (*duty*), naruszenie obowiązku (*breach of duty*), uszkodzenie (*injury*) i przyczyna uszkodzenia (*causation of injury*). Świadczenie zdrowotne jest uznane za zaniedbanie (*negligence*), jeśli istniał obowiązek opieki nad pacjentem (*duty*), a lekarz w trakcie opieki uchylił się od obowiązku świadczenia (*breach of duty*) i zaistniało trwałe uszkodzenie zdrowia pacjenta lub jego śmierć (*injury*). Uszczerbek na zdrowiu, będący powodem działania odszkodowawczego, powinien być spowodowany zaniedbaniem ze strony lekarza (*causation*), a nie inną przyczyną. Cały proces odszkodowawczy z tytułu oskarżenia o *malpractice* opiera się na udowodnieniu przez powoda (pacjenta i jego adwokata) czterech elementów zaniedbania [Kubik 1998, s. 83]. Pozwy w Stanach Zjednoczonych są coraz częstszym zjawiskiem i z tego powodu społeczeństwo amerykańskie określane jest jako *litigious society*, czyli skłonne do procesowania się.

W polskiej literaturze zjawiska opisane powyżej nazwano *jatrogenezą*, podkreślając jedynie negatywne następstwa działań podejmowanych przez medycynę. Co znamienne, w polskich warunkach za błąd ze strony personelu medycznego nie uznano zaniedbań organizacyjnych, a jedynie błędy popełniane podczas czynności lekarskich i pielęgniarskich. Zupełnie inny wydźwięk miałaby definicja powiększona o element organizacyjny, ponieważ wydłużenie kolejek, zła organizacja pracy czy wadliwa obsługa pod względem organizacji byłaby elementem, który mógłby być oceniany i doskonalony przez personel medyczny.

W Polsce na wokandę trafiały jedynie sprawy o zadośćuczynienia w przypadkach działań jatrogennych, czyli błędów w postępowaniu medycznym nieorganizacyjnym. Orzeczenie Sądu Najwyższego z 21 września 1967 roku wyraźnie podkreślało, że *zawinione uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia jest szczególną krzywdą, naprawienie szkody wymaga więc wysokiego zadośćuczynienia pieniężnego, które nie może być symboliczne, a musi mieć charakter indywidualny i kompensacyjny oraz spełniać funkcję represyjną wobec sprawcy szkody* [Kurkowski 1999]. J. Kurkowski podkreśla, że lekarz ma trzy obowiązki do spełnienia: obowiązek czynienia tego, co jest najlepsze dla pacjenta, obowiązek uwzględnienia interesów społeczeństwa oraz obowiązek poszanowania autonomii pacjenta [Kurkowski 1997b, s. 65]. Zdaniem R. Niżankowskiego [1996, s. 24–26], w wielu zakładach nie przykłada się należytej wagi do zaniedbań i błędów lekarzy, uznając że jakość automatycznie wynika z określonej sytuacji i zależy

od: wykształcenia kadry lekarskiej, nowoczesnej technologii i pieniędzy. Jednak nie wystarczy samo stworzenie warunków, trzeba jeszcze podjąć działania, które mają na względzie właśnie poprawę jakości. Należy więc, jego zdaniem, skoncentrować się nie na kontroli, lecz na zarządzaniu z uwzględnieniem opinii pacjenta jako weryfikatora jakości. Ponadto niesłusznie uważa się, że podstawą do tego, by jakość świadczeń medycznych była wyższa są niemal wyłącznie osiągnięcia nauk medycznych. Ryzykowne wydaje się również upatrywanie w nich skutecznego narzędzia, które zapewni wysoką jakość nadzoru specjalistycznego³¹. Słabość tego rozumienia polega na tym, że nadzór to specjaliści, którzy są kompetentni w poszczególnych wąskich zakresach wiedzy, natomiast nie mają przygotowania do tego, aby dokonać pełnego, obiektywnego pomiaru. Dla obiektywnej oceny konieczne jest prawidłowe określenie wskaźników jakości, tak aby można je było wyrazić w liczbach. Powinny to być wskaźniki ilościowe i wiarygodne.

Harvard Medical Practice Study dzieli udzielane świadczenia zdrowotne, ze względu na ryzyko powstania działań niepożądanych na trzy grupy. Pierwsza to *overuse* – nadużycie; szkody z zastosowanej opieki mogą być większe niż korzyści osiągnięte przez pacjenta. Druga – *misuse* – niewłaściwe użycie – to nieunikanie komplikacji w sytuacji, gdy pacjent otrzymuje usługę kompleksowo, a trzecia – *underuse* – to niezastosowanie procedury, niepodanie leku, który doprowadziłby do pożądanego efektu. Zgodnie z definicją WHO, zdarzenie niepożądane to uszczerbek na zdrowiu pacjenta wywołany w trakcie diagnostyki i/lub leczenia, niezwiązany z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta, a także ryzyko jego wystąpienia [Bedlicki 2007, s. 52]. Narzędziem pomagającym poznać problemy bezpieczeństwa pacjentów leczonych w szpitalu jest rejestr zdarzeń niepożądanych, czyli rejestr dotyczący zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta przebywającego w szpitalu. Do definicji WHO można dodać, że jako zdarzenie niepożądane rozumie się każde niezamierzone lub nieoczekiwane zdarzenie, które mogło spowodować lub spowodowało szkodę u jednego lub więcej pacjentów uzyskujących opiekę zdrowotną [Council of Europe 2006, s. 67, za: Ostrowski, Przystupa i Borowicz 2009, s. 16]. Głównym celem systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa pacjenta poprzez uczenie się na podstawie zdarzeń niepożądanych i błędów [Ostrowski, Przystupa i Borowicz 2009, s. 16]. W zależności od zakładu, mogą wystąpić różne zdarzenia niepożądane, które – mając walor dydaktyczny – pozwalają nie tylko obronić dobry wizerunek zakładu (przy wprowadzaniu działań korygujących i zapobiegawczych), ale także pozwolą uniknąć kary w postaci odszkodowania.

Od 1995 roku Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) podjęła próbę monitorowania zdarzeń niepożądanych, choć nie było

³¹ Nadzór specjalistyczny, jest to system wyznaczania przez władze administracyjne ekspertów do poszczególnych dziedzin z założeniem, że poprzez nadzór i kontrolę mogą zmuszać do lepszej opieki.

to zadanie łatwe ze względu na brak właściwego systemu raportowania. Do zdarzeń niepożądanych zaliczono: samobójstwa, chirurgię „złej strony”, błędy lekowe, opóźnienia w leczeniu, upadki, zgonu pacjenta/urazy, zgonu noworodków, błędy transfuzji, zdarzenia związane z infekcjami, zaginięcie pacjentów, pożary. W 2006 roku po raz pierwszy, wraz z przeprowadzeniem rankingu *Bezpieczny Szpital 2006* dla dziennika „Rzeczpospolita”, Gospodarstwo Pomocnicze przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie podjęło wysiłek zebrania informacji dotyczących występowania zdarzeń niepożądanych. W ten sposób zidentyfikowano sytuacje występujące w Polsce. Były to zdarzenia niepożądane związane z: podaniem leku, anestezjologią/znieczuleniem, transfuzją, sprzętem medycznym, operacją niewłaściwej strony, upadkami pacjentów, samobójstwami, zakażeniami MRSA (*Methicillinresistant Staphylococcus aureus* – gronkowiec złocisty oporny na metycylinę), zgonami matki/ położnicy. Jak wskazuje M. Bedlicki [2007, s. 52]: *errare magistro medicum est*³².

Działania niepożądane zarejestrowane w jednym z zakładów – Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie – zaprezentowano w tabeli 4.5.

Tabela 4.5. Wybrane rodzaje i liczba zdarzeń niepożądanych zgłoszonych w latach 2005–2008 w SPSK Nr 1 w Lublinie

Rodzaj działania niepożądanego	Lata			
	2005	2006	2007	2008
Upadki pacjentów	11	13	11	13
Próby samobójcze i samobójstwa	4	1	1	2
Reakcje uczuleniowe na kontrast RTG	1	0	2	0
Błędna identyfikacja pacjenta	2	1	4	6
Niewłaściwa droga podania leku	0	1	1	0
Błędne diagnozy	1	2	2	0
Błędy farmakoterapii	2	1	1	0
Błędnie wypisany wynik grupy krwi	2	1	0	4
Istotne powikłania operacji i zabiegów	1	2	3	3

Źródło: Ostrowski, Przystupa i Borowicz 2009, s. 16.

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*, w artykule 67a wprowadziła nowe zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych, które mają zastosowanie od 1 stycznia 2012 roku. Ustawodawca wskazuje, że zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,

³² *Errare magistro medicum est* – błędy powinny być nauczycielem medycyny.

uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć będąca następstwem wadliwej: diagnozy (jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby), leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Tak skonstruowana definicja powoduje, że nie będą stanowiły zdarzenia medycznego zaniedbania i uchybienia lekarza niedotyczące sfery fachowej (diagnozy i terapii), lecz mające charakter błędów, pomyłek i niedociągnięć o charakterze organizacyjnym lub technicznym. Nawet jeśli spowodowały uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta. Zdaniem D. Brzezińskiej-Grabarczyk, ustawa nie używa pojęcia „odpowiedzialność za zdarzenia medyczne”, poprzestaje jedynie na terminie „ustalenie odszkodowania w przypadku zdarzeń medycznych”. Odszkodowanie to jest w świetle przepisów ustawy należne za sam fakt wystąpienia zdarzenia medycznego, niezależnie od stwierdzenia winy czy zaniedbania szpitala lub personelu medycznego. W tym sensie jest to odpowiedzialność oparta na kryteriach obiektywnych, całkowicie odmienna od opartej na zasadzie winy odpowiedzialności za uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia i śmierć pacjenta przewidzianej w przepisach kodeksu cywilnego³³.

Oprócz błędów, które pojawiają się po stronie profesjonalisty (zła – niska jakość), mogą wystąpić sytuacje: (1) błędnej interpretacji jakości przez osoby zarządzające, (2) niemożności sprostania oczekiwaniom pacjentów czy też (3) braku realizacji deklarowanych działań jakościowych. Zdaniem K. Rogozińskiego, pierwsza sytuacja pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy kierownictwo realizuje cele odwzorowujące interes własny firmy (a więc wzrost produktywności lub poprawę wskaźników efektywności), zamiast nakierować organizację na realizację celów uwzględniających również zadania zewnętrzne (nie jest brane pod uwagę to, czy realizacja usługi osiągnie akceptowalny poziom jakości). Sytuacja taka może mieć miejsce wtedy, gdy pro jakościowa strategia podporządkowana zostanie innej strategii (ds. modernizacji) lub pozostanie z nią w ewidentnej kolizji. Pojawia się więc luka między oczekiwaniami klientów zewnętrznych a celami kierownictwa. W takiej sytuacji kierownictwo nie jest w stanie zaakceptować jakości zewnętrznej ani zaangażować się w tworzenie strategii doskonalenia nabywcy (poprawiające jakość usług). K. Rogoziński przyczyn powstawania rozbieżności upatruje w niewłaściwym, bo wynikającym z braku wiedzy bądź błędnych postaw, angażowaniu

³³ Tryb postępowania w sprawie zdarzenia medycznego dzieli się na dwa niezależne etapy. Etap pierwszy obejmuje ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne w rozumieniu ustawy. Postępowanie toczy się przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i kończy wydaniem przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym albo o jego braku. Etap drugi obejmuje ustalenie wysokości należnego pacjentowi (lub w przypadku śmierci pacjenta jego spadkobiercom) odszkodowania i zadośćuczynienia. Ustalenie wysokości świadczenia następuje przy tym poprzez przyjęcie przez pacjenta propozycji ubezpieczyciela i nie jest objęte orzeczeniem wojewódzkiej komisji [Brzezińska-Grabarczyk 2012, s. 151].

się kierownictwa w realizację programów zarządzania jakością. Podkreśla także, że uznanie priorytetu jakości wewnętrznej za rezultat uniemożliwia sprostanie wymaganiom stawianym przez klientów. Kierownictwo natomiast nie osadza podejmowanych decyzji w przyjętej strategii projakościowej, oraz obawia się otwarcia na wpływ szeroko rozumianego otoczenia. Na uwagę zasługuje to, że z drugą sytuacją można się spotkać, gdy rozbudzone oczekiwania pacjentów nie będą mogły być zrealizowane w związku z ograniczonością zasobów, lub też zabraknie determinacji w dochodzeniu do założonego poziomu jakości usług i utrzymaniu. Niemożność sprostanie wymogom może wynikać z braku programu zarządzania zasobami ludzkimi lub z niewłaściwego jego powiązania ze strategią projakościową, ambiwalentnością ról przydzielonych personelowi do spełnienia, ze źle zorganizowanej pracy zespołowej, niewystarczającego uprawnień decyzyjnych personelu kontaktowego, oraz zniewiązania systemu motywacyjnego z obowiązującymi wymaganiami jakościowymi. Wreszcie trzecia sytuacja wynika z braku realizacji deklaracji jakościowych, kiedy upowszechniane są obietnice, gdy pacjenci uznają za deklaracje zobowiązujące [Rogoziński 2009, s. 239].

4.4. Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta w świetle wyników badań empirycznych

Wrażliwość (*responsiveness*) na potrzeby pacjentów jest, oprócz skuteczności leczenia i sprawiedliwej dystrybucji usług, głównym celem systemu opieki zdrowotnej i zgodnie z zaleceniami WHO powinna również podlegać monitorowaniu. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała projekt, którego celem było zebranie informacji na temat reaktywności systemów opieki nspinej w różnych krajach oraz stworzenie międzynarodowej sieci ośrodków badawczych podejmujących prace nad pomiarem tego zjawiska. Pierwsze badanie zapoczątkowano pod koniec 1999 roku. W każdym z krajów, który wyraził zgodę do wzięcia udziału w badaniu, poproszono 50 osób (przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, ośrodków akademickich, instytucji badawczych, towarzystw lekarskich, jak również lekarzy praktyków) o opinie na temat zagadnień zawartych w kwestionariuszu. Ocenie poddano siedem głównych komponentów: (1) godność pacjenta: leczenie pacjenta z okazaniem szacunku przez personel medyczny, ochronę praw osób będących nosicielami HIV czy trądu, zachęcanie pacjenta do zadawania pytań, zapewnienie prywatności podczas badań i w trakcie leczenia, (2) autonomię, (3) poufność, (4) dostępność do usług, (5) dostęp do wsparcia socjalnego i psychicznego podczas badania, (6) warunki bytowe, (7) wybór świadczeniodawcy usług medycznych [Banaszewska 2000, s. 24]. W opiece zdrowotnej pomiar satysfakcji pacjenta jest niezwykle istotny, nie tylko ze względów terapeutycznych, ale także ze względu na możliwość rekomendacji danej placówki i chęć powrotu, gdyby pojawiła się

taka konieczność medyczna. Zdaniem A. Rosiek i K. Leksowskiego, badania satysfakcji pacjentów pomagają we wskazaniu problemów, a także pozwalają na zastosowanie takich rozwiązań, które będą miały na celu poprawę jakości jej funkcjonowania. Do korzyści prowadzenia takich badań można z całą pewnością zaliczyć identyfikowanie obszarów, w których istnieje największa potrzeba implementacji zmian w celu usprawnienia funkcjonowania oddziałów szpitalnych, poprawę bezpieczeństwa i komfortu pobytu pacjenta w obszarze wymagającym wdrożenia udogodnień, oraz możliwość interpretacji czynników świadczących o wyższej jakości usług medycznych, a tym samym uzyskanej satysfakcji pacjenta z leczenia szpitalnego w porównywalnych zakładach opieki zdrowotnej. Rezultaty przeprowadzonych badań stanowią podstawę do opracowania skutecznych narzędzi marketingowych [Rosiek i Leksowski 2012]. Perspektywa pacjenta jako usługobiorcy i usługodawcy jest diametralnie różna. K. Rogoziński zwraca uwagę na determinanty wyznaczające pola percepcji jakości usług (tabela 4.6).

Jednym ze źródeł niezadowolenia pacjentów jest rozbieżność między ich oczekiwaniami a odbytą wizytą. Pacjent traktuje lekarza, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, jako „swojego lekarza” – czy w drugą stronę lekarz traktuje pacjentów jako „swoich”? W książce Świadomy pacjent autorki – B. Korsch i C. Harding – zadają pytanie: *Czy zdarzyło ci się wyjść z gabinetu lekarza, nie dowiedziawszy się, co właściwie było przyczyną dolegliwości? Wypelniasz wszystkie niezbędne formularze, odpowiadasz na pytania lekarza i poddajesz się drobiazgowym badaniom fizykalnym. Następnie uzyskujesz krótkie wyjaśnienie, czasem receptę i jesteś pozostawiony samemu sobie. Później, kiedy ktoś z przyjaciół lub członków rodziny pyta cię, co powiedział lekarz, wahasz się przez chwilę i uświadamiasz sobie, że właściwie nie jesteś pewien. Liczni pacjenci, mieli poczucie, że rzeczywiście nie uzyskali diagnozy* [Korsch i Harding 1999, s. 34]³⁴. B. Korsch i C. Harding, przebadaly rynek amerykański, ale przecież także w Polsce często się zdarza, że lekarz spieszy się z powodu kolejki, a pacjent jest zbyt zakłopotani, aby pytać dalej. Dopiero po zakończeniu świadczonej usługi ocenia, że kontakt z profesjonalistą nie był najlepszy. Autorki cytują niektóre wypowiedzi pacjentów: „lekarz nie słucha”, „mój lekarz mi przerywa”, „płacę lekarzowi, obsługując mnie nie robi mi żadnej łaski”, „mówię do niego *Panie Doktorze*, dlaczego sam nie jestem traktowany z równym szacunkiem”, „gdyby chociaż mówił zrozumiałym językiem. Używa tych specjalistycznych terminów”, „mój lekarz jest straszonym milczkiem”, „mój lekarz nigdy się nie uśmiecha”, „wydaje się, że nic go nie

³⁴ Autorki w swojej pracy nie przedstawiają metodyki prowadzonych badań, można więc jedynie domniemywać, że przedstawione zagadnienia opierają się na ich własnych obserwacjach prowadzonych w trakcie praktyki lekarskiej. Szerzej na temat problemów występujących w trakcie komunikacji lekarzy z pacjentami piszą też: W.S. Bloo [1963]; E. Cassell [1979]; R.S. Duff i A.B. Hollingshead [1987]; J. Katz [1984]; M. Lipkin, S.M. Putnam i A. Lazare [1995]; D.L. Roter i J.A. Hall [2006]; M. Stewart i D. Roter [1989].

obchodzi”, „moja lekarka nie dostrzega we mnie osoby” [Korsch i Harding 1999, s. 10–13].

Tabela 4.6. Determinanty wyznaczające pola percepcji jakości usług

Usługodawcy	Usługobiorcy
Wiedza zawodowa, najwyższy poziom wtajemniczenia zawodowego.	Wygórowane oczekiwania, agravacja wyobrażeń.
Doświadczenie zawodowe, kompetencje, rutyna.	Możliwy brak doświadczenia z wcześniejszych kontaktów z profesjonalistą.
Skłonność do przekształcenia wykonywania usług w „zautomatyzowany” proces.	Zróznicowany poziom wiedzy o przedmiocie świadczenia.
Ignorowanie znaczenia momentów prawdy.	Reakcje emocjonalne zakłócające trzeźwy osąd.
Skłonność do przedmiotowego ujmowania usług sprzyja normatywnemu rozumieniu jakości.	Irracjonalność zachowań.
Koncentracja na wyniku końcowym.	Znaczenie zaufania do profesjonalisty.
Selektywne informowanie, dozowanie wiedzy o przedmiocie świadczenia.	Podatność na psychomanipulacje.

Źródło: Rogoziński 2009, s. 225.

Cechą wyborów konsumenckich we współczesnym rynku usług medycznych jest ciągle porównywanie jakości i cen świadczonych usług. Badania przeprowadzone przez GUS wykazały, że Polacy korzystają głównie z porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, które prawie w całości są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia [Malesa i Koehne 2011]³⁵. Jak wskazano w komentarzu do przeprowadzonych badań, blisko 12% respondentów nie skorzystało z porad, pomimo istnienia takiej potrzeby. Zdaniem B. Iwankiewicz-Rak, ten brak aktywności w zakresie troski o własne zdrowie może wynikać z takich przyczyn, jak: długi czas oczekiwania na termin wizyty, brak czasu, pieniędzy, strach, niedogodny czas przyjęć. Wymienione powody mają głównie charakter organizacyjny oraz techniczny i wskazują na brak uwzględnienia preferencji pacjentów w organizowaniu procesu świadczenia usług. Na podstawie prowadzonych badań własnych B. Iwankiewicz-Rak [2012, s. 29–34] wysuwa bardzo istotny wniosek, że **ważne jest zarówno dla podmiotów świadczących usługi ochrony zdrowia, jak i dla administracji terytorialnej i rządowej zapewnienie oczekiwanego przez społeczeństwo poziomu zaspokojenia potrzeb społecznych. Główne działania powinny być skierowane na identyfikowanie kryteriów oceny, którymi posługują się pacjenci. To one powinny wyznaczać kierunek doskonalenia ich**

³⁵ Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 4658 gospodarstw domowych liczących 13 236 osób.

obsługi³⁶. W celu zrozumienia, jakie czynniki są istotne dla pacjentów w procesie świadczenia usługi, zostały przeprowadzone badania ankietowe pod tytułem: *Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta*, zabranych w ramach badań własnych Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. Metodyka badania została przedstawiona w Aneksie.

Tabela 4.7. Hierarchia ważności kryteriów wyboru zakładu opieki zdrowotnej w świetle wskazań pacjentów

Kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej	Kryteria wyboru zakładu opieki zdrowotnej wymieniane na miejscu					
	pierwszym		drugim		trzecim	
	%	ranga	%	ranga	%	ranga
Dogodna lokalizacja	7,1	4	11,1	5	11,9	4
Jakość świadczonych usług	34,8	1	16,2	3	15,8	2
Kwalifikacje personelu	6,7	5	17,5	2	11,5	5
Nowoczesna aparatura	0,8	8	6,7	7	11,1	6
Renoma jednostki	2,0	7	5,9	8	7,1	8
Krótki czas oczekiwania na przyjęcie	6,3	6	15,0	4	20,9	1
Podpisany kontrakt z NFZ	24,1	2	18,1	1	7,5	7
Kompleksowy zakres świadczonych usług	18,2	3	9,5	6	14,2	3

Źródło: Opracowano na podstawie materiałów uzyskanych z obserwacji z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety *Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta*, zebranych w ramach badań własnych Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Pacjenci, wskazując kryteria, jakimi kierowali się przy wyborze podmiotu leczniczego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określali rangę ich ważności. Zaznaczyć należy, że dokonanie uszeregowania w skali od 1 do 9 było dla badanych osób trudne, zwłaszcza gdy w ich przekonaniu wymienione kryteria były jednakowo istotne. Można także zauważyć, że poszczególne wskazania zależały od różnej subiektywnej oceny respondentów.

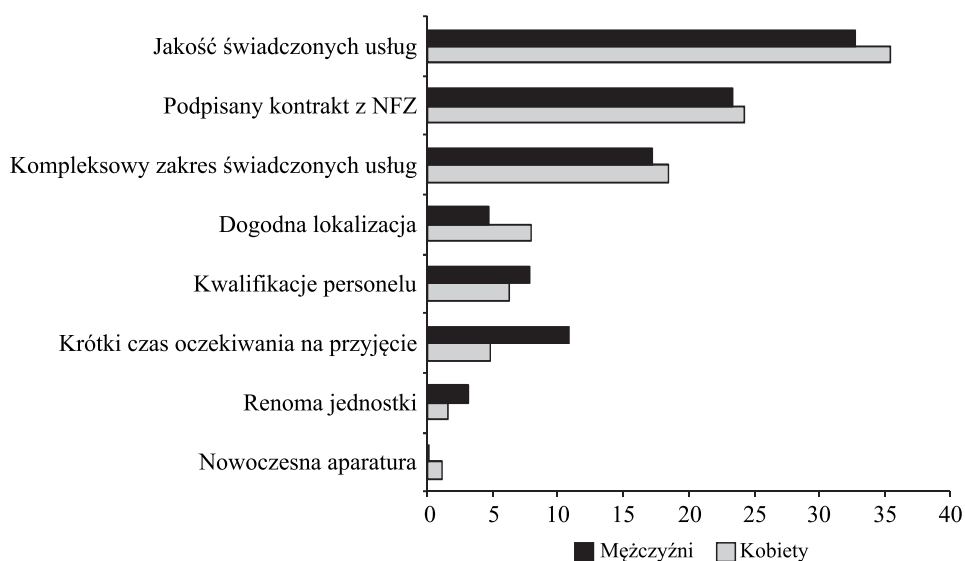
Z prezentowanych syntetycznych wyników można wywnioskować, że spośród ogółu pacjentów 34,8% na pierwszym miejscu umieściło jakość świadczonych usług. Na to kryterium jako najważniejsze wskazało 35,4% kobiet i 32,8% mężczyzn. Ocena wyboru według miejsca zamieszkania ujawniła, że jakość świadczonych usług uznano za najważniejsze kryterium 37,6% mieszkańców miast i 28%

³⁶ Szersze przedstawienie badań i wniosków wynikających z funkcjonowania organizacji pozarządowych można znaleźć w pracach B. Iwankiewicz-Rak [1997; 2009, s. 45–57; 2010, s. 247–257; 2011] projekt badawczy B. Iwankiewicz-Rak, *Marketing społeczny w organizacjach komercyjnych i non profit – identyfikacja warunków adaptacji i szans sukcesu*, MNiSzW N115 247236 (lata 2009–2011, Kierownik projektu B. Iwankiewicz-Rak)

pacjentów ze wsi. Dodać należy, że na drugim miejscu znalazł się podpisany kontrakt z NFZ (24,1%), a na trzecim, docenionym przez 18,2% respondentów, kompleksowy zakres świadczonych usług. W sumie te trzy wskazania uznano za priorytetowe ponad trzy czwarte badanych osób. Oznacza to, że pozostałe kryteria były już znacznie rzadziej wymieniane jako najważniejsze (0,8–7,1%). Hierarchie ważności kryteriów obrazuje tabela 4.7.

Z kolei w rangowanym porządku preferencji, w zestawie kryteriów wymienianych na drugim miejscu najwyższe pozycje zajęły: podpisany kontrakt z NFZ (18,1%), kwalifikacje zawodowe (17,5%) oraz jakość świadczonych usług (16,2%). Uzyskany rozkład jest bardziej równomierny

Wypada zwrócić uwagę, że wśród kryteriów zaproponowanych pacjentom na trzecim miejsce dominował krótki czas oczekiwania na przyjęcie (20,9%).



Wykres 4.1. Hierarchia najważniejszego kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej w świetle wskazań pacjentów

Źródło: por. tabela 1A w Aneksie.

Niewątpliwie istotnym zagadnieniem jest weryfikacja cech determinujących ocenę jakości świadczenia usługi medycznej przez pacjentów. W kwestionariuszu zaproponowano wybór spośród czterech następujących elementów: kwalifikacje personelu, czas oczekiwania na usługę medyczną, obsługa, dojazd (łatwość dojazdu). Kafeteria odpowiedzi zawierała także możliwość wpisania własnych cech w pozycji „inne”.

Uzyskane wyniki badania zaprezentowane w tabeli 2A (w Aneksie) ukazały, że częstotliwość wymieniania poszczególnych elementów jest różna, co oznacza, że

nie wszystkie elementy mają jednakowe znaczenie przy ocenie jakości świadczonych usług. Najczęściej wybieranym elementem, przez którego pryzmat pacjenci dokonują oceny jakości świadczonych usług medycznych, były kwalifikacje personelu. Preferencje takie miało 78,8% kobiet i 73,4% mężczyzn. Częściej niż co drugi pacjent wskazywał na krótki czas oczekiwania na usługę. Na ten element oceny wskazało 63,5% kobiet i 57,8% mężczyzn. Ważnym elementem okazała się łatwość dojazdu, która znalazła się na trzecim miejscu w rangowym porządku elementów. Pogląd taki wyraziło 41,1% respondentów.

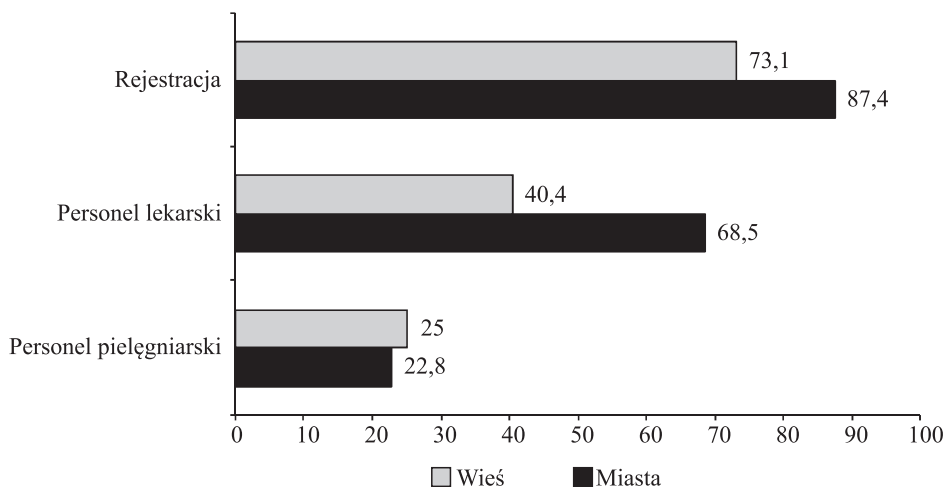
W badaniu percepcji jakości świadczenia usługi medycznej uwagę badawczą skoncentrowano także na próbie identyfikacji źródeł informacji o usługach medycznych. Rangowy wybór źródeł informacji ukazał, że najczęściej respondenci pytali znajomych o ich opinie na temat zakładu opieki i personelu – 75,1% (tabela 3A, Aneks). Zarysowało się pewne zróżnicowanie środowiskowe, gdyż wśród osób, które wybrały to źródło informacji, dominowali pacjenci z miast (92,7%). Ponad połowa pacjentów kierowała się wcześniejszymi doświadczeniami, częściej zaś niż co trzeci respondent informacji o usługach medycznych szukał w Internecie.

Powszechnie panuje opinia o niewłaściwym zachowaniu poszczególnych grup personelu medycznego wobec pacjentów. Stąd też w badaniu percepcji jakości świadczenia usługi medycznej za niezbędne uznano poznanie poglądów respondentów dotyczących zachowań personelu medycznego. W szczególności podjęto próbę identyfikacji opinii pacjentów wobec zachowań personelu pielęgniarskiego, pracy rejestratorek oraz obsługi personelu lekarskiego.

Opinia uczestników badania była jednoznaczna. Ponad 70% pacjentów wskazało, że spotkało się z niewłaściwym zachowaniem pracowników służby zdrowia (tabela 4A, Aneks). Niezadowolone z obsługi personelu częściej akcentowały kobiety (74,1%) aniżeli mężczyźni (60,9%).

Zidentyfikowany rozkład niewłaściwych zachowań personelu medycznego ukazał ogólną hierarchię, na której czele dominowały zastrzeżenia do pracy rejestratorek. Pogląd taki wyraziło aż 83,2% pacjentów. Respondenci skarżyli się przede wszystkim na niemłą obsługę, niechętnie udzielanie informacji, błędne informacje na temat możliwości rejestracji, niekompetencje rejestratorek. Podkreślić należy, że zarysowała się wyraźna dyferencjacja opinii dotyczącej zachowań pracowników rejestracji w zależności od miejsca stałego zamieszkania. Mieszkańcy miast częściej niż pacjenci ze środowiska wiejskiego mieli zastrzeżenia do pracy rejestratorek (miasta – 87,4%, wieś – 73,1%). Charakterystyczne, że negatywną opinię o rejestratorkach wyraziło 85% kobiet i 76,9% mężczyzn. Dodać wypada, że również wiek pacjentów różnicował poglądy na temat obsługi w rejestracji. W subpopulacji pacjentów w wieku 45–54 lat wskazujących na niewłaściwe zachowania personelu aż 94,1% – oceniło negatywnie osoby w rejestracji.

Efekty przeprowadzonego badania ukazały, że na drugim miejscu w hierarchii niewłaściwych zachowań pacjenci umieścili personel lekarski (60,3% ogółu wskazań), przy czym odsetek kobiet i mężczyzn wyrażających taką opinię kształtował się na prawie jednakowym poziomie (mężczyźni 59%, kobiety 60,7%). Uczestnicy badania niezadowoleni z obsługi personelu lekarskiego wskazywali na nieuprzejmość lekarzy, bagatelizowanie choroby, nieodpowiednie traktowanie osób starszych, brak cierpliwości w wyjaśnianiu wątpliwych kwestii. Na uwagę zasługuje wyraźne zróżnicowanie poglądów w zależności od miejsca stałego zamieszkania, albowiem mieszkańcy miast częściej byli niezadowoleni z obsługi personelu lekarskiego aniżeli pacjenci ze wsi. Symptomatyczne, że daje się zauważyć wzrost odsetka opinii negatywnych dotyczących personelu lekarskiego w miarę wzrostu poziomu wykształcenia pacjentów. Spośród pacjentów mających wykształcenie podstawowe na niestosowną postawę personelu lekarskiego wskazywało 33,3% osób, a w grupie absolwentów wyższych uczelni uczyniło to 62,7%. Zatem amplituda wahań jest znaczna, sięga bowiem 29,4 punktu procentowego.



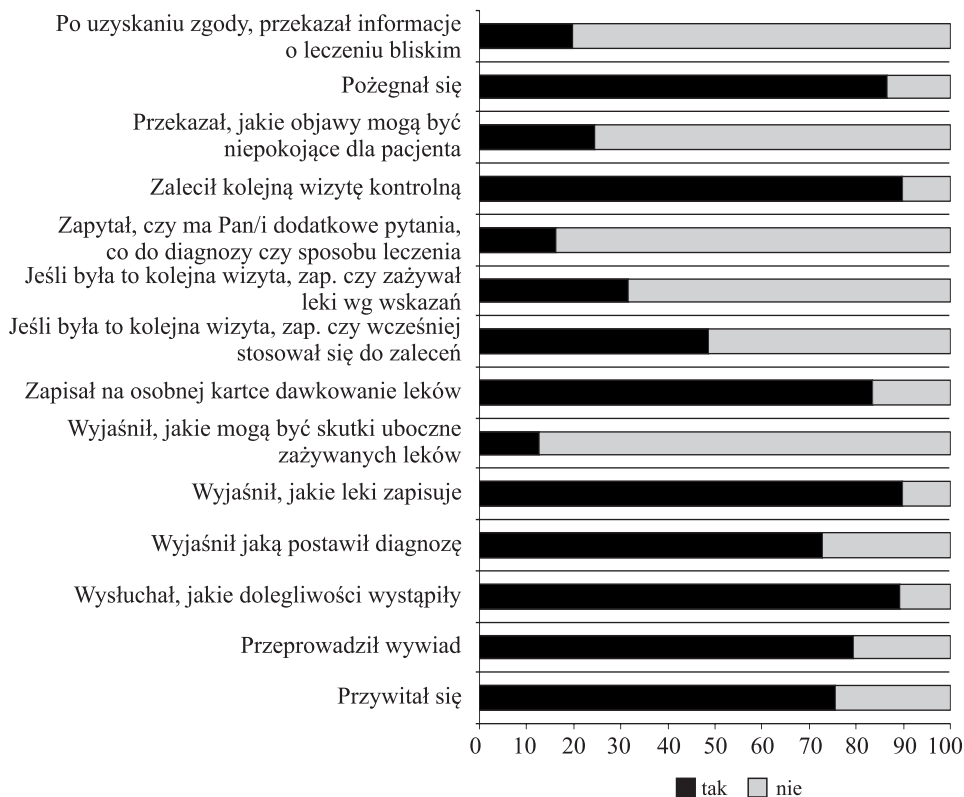
Wykres 4.2. Ocena niewłaściwych zachowań personelu medycznego w opinii pacjentów

Źródło: por. tabela 4A w Aneksie.

Z kolei wśród ogólnej liczby wskazań pacjentów niezadowolonych z obsługi personelu medycznego na trzecim miejscu znalazł się personel pielęgniarski. Uwagi o niewłaściwym zachowaniu tego personelu miał częściej niż co piąty pacjent, przy nieznacznym zróżnicowaniu środowiskowym (miasto – 22,8%, wieś – 25%). Również płeć, wiek i poziom wykształcenia respondentów okazały się czynnikami nieznacznie różnicującymi opinie wypowiedziane na temat obsługi personelu pielęgniarskiego.

Z perspektywy pacjenta jakość świadczonych usług medycznych to sposób traktowania go przede wszystkim przez lekarza. Stąd też w przeprowadzonym badaniu postanowiono uzyskać informacje o konkretnych zachowaniach lekarza doświadczonych przez pacjenta w trakcie wizyty w gabinecie. Syntetyczny obraz relacji interpersonalnych lekarz – pacjent ukazuje tabela 5A zamieszczona w Aneksie.

Odpowiedzi respondentów wyraźnie wskazują, że komunikacja między lekarzami a pacjentami nie jest pełna z punktu widzenia odbiorcy. Zdecydowana większość pacjentów pozytywnie oceniła lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pod względem uwagi, z jaką wysłuchali informacji o problemie zdrowotnym, z którym do niego przyszedli. Taką opinię wyraziło 89,1% mężczyzn i 89,4% kobiet. Tylko co dziesiąty respondent uważał, że lekarz nie wysłuchał informacji o jego dolegliwościach. Prawie trzy czwarte pacjentów stwierdziło, że lekarz wyjaśnił, jaką postawił diagnozę, a 95,5% mieszkańców miast i 76% pacjentów ze wsi – że lekarz wyjaśnił, jakie leki zapisuje, i sposób ich dawkowania zapisał na osobnej kartce.



Wykres 4.3. Ocena zachowań lekarza w trakcie wizyty w gabinecie przez pacjenta

Źródło: por. tabela 5 A w Aneksie.

Pewnym zaskoczeniem jest konstatacja, że tylko prawie co ósmy pacjent uzyskał od lekarza informacje na temat skutków ubocznych zażywanych leków.

Prowadzone badanie pozwoliło na wysunięcie następujących wniosków³⁷:

- (1) percepcja jakości pacjentów jest oparta na przesłankach subiektywnych,
- (2) istotnym aspektem procesu świadczenia jest wizyta pacjenta w gabinecie i kontakt z lekarzem,
- (3) im wyższe wykształcenie pacjentów, tym bardziej krytyczna staje się ocena kontaktu z lekarzem,
- (4) jednym z głównych źródeł informacji przy wyborze podmiotu leczniczego jest zasięgnięcie opinii o podmiocie wśród znajomych,
- (5) ponad 70% badanych wskazuje w przebadanych obszarach, niewłaściwe zachowanie pracowników podmiotu; mimo że opinia jest oparta na subiektywnym odczuciu respondentów, uwagi są kierowane szczególnie w odniesieniu do pracy rejestratorek i personelu lekarskiego.

W konkluzji należy stwierdzić, że konieczne jest wprowadzenie do podmiotów leczniczych paradygmatu marketingu relacyjnego. Interpretacja jakości w usługach powinna przyjąć następujący kontekst: zarządzanie jakością usług jest zarządzaniem marketingowym i musi mieć wymiar strategiczny. Jakości usług nie da się wyjaśnić bez odniesienia do wartości, a odpowiedzialność za doskonalenie obsługi nabywcy ponosi personel [Rogoziński 1998, s. 219–220]. Istotne więc wydaje się nie tylko zwrócenie uwagi na proces projektowania świadczenia usługi, aby jakość w tym zakresie była jak najwyższa, ale także umiejętne kształtowanie nowych marketingowych umiejętności pracowników profesjonalistów.

4.5 Organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz jakości

W strukturach międzynarodowych wiele organizacji wspiera działania pro-jakościowe, koncentrując się na ocenie procesu świadczenia usługi oraz dokonując analizy percepcji jakości usługodawcy i usługobiorcy. Do pierwszej grupy należą **międzynarodowe npięcze organizacje**, zogniskowane na problematyce jakości świadczeń opieki zdrowotnej: ESQH, ISQua, ISTAHC, WONCA. I tak European Society for Quality Healthcare (ESQH, Europejskie Towarzystwo Jakości w Ochronie Zdrowia) jest organizacją nienastawioną na zysk, skoncentrowaną na działaniach zmierzających do poprawy jakości w europejskich systemach opieki zdrowotnej. W skład Rady ESQH wchodzi członkowie z 19 krajów (Chorwacji, Czech, Danii, Niemiec, Grecji, Irlandii, Włoch, Litwy, Luksemburga, Holandii,

³⁷ W prezentacji wyników badania wybrano jedynie te, które zdaniem autorki miały znaczenie w prowadzonym toku wyводу. Pozostałe wyniki badań były prezentowane podczas wystąpień konferencyjnych, na wykładach prowadzonych w ramach studiów podyplomowych *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu lub zostały wykorzystane w przygotowywanych opracowaniach.

Norwegii, Polski, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji, Turcji, Wielkiej Brytanii, Egiptu, Cypru). ESQ jest członkiem Forum Polityki Zdrowotnej Unii Europejskiej oraz jest również reprezentowana w Komisji Europejskiej Grupy Roboczej ds. bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki. ESQH wraz z innymi organizacjami między innymi wspiera merytorycznie konferencje przygotowywane i prowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, szerząc idee działań projakościowych kierowanych i realizowanych w podmiotach leczniczych [*Quality and Accreditation* 2003, s. 18; www.esqh.net]. International Society for Quality in Health Care (ISQua – Międzynarodowe Towarzystwo Jakości w Ochronie Zdrowia), jest organizacją, która powstała w 1985 roku w celu: inspirowania, promowania i wspierania ciągłej poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej na całym świecie. Założone cele są osiąganę przez sieć obejmującą 100 krajów na 5 kontynentach oraz poprzez program ISQua Edukacja. W celu propagowania wiedzy z zakresu jakości, ISQua corocznie organizuje konferencje poświęcone zagadnieniom jakości (tabela 4.8), wydaje czasopismo „International Journal for Quality in Health Care”, współpracuje z organizacjami międzynarodowymi na rzecz jakości oraz nadaje akredytacje organizacjom zajmującym się wypracowywaniem standardów i norm w zakresie jakości³⁸.

International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC, Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Oceny Technologii w Opiece Zdro-

Tabela 4.8. Międzynarodowe konferencje przygotowane przez ISQua

Rok	Miejsce konferencji	Rok	Miejsce konferencji
1986	Paryż, Francja	2000	Dublin, Irlandia
1987	Wenecja, Włochy	2001	Buenos Aires, Argentyna
1988	Madryt, Hiszpania	2002	Paryż, Francja
1989	Melbourne, Australia	2003	Dallas, USA
1990	Waszyngton, Stany Zjednoczone	2004	Amsterdam, Holandia
1991	Meksyk, Meksyk	2005	Vancouver, Kanada
1992	Dublin, Irlandia	2006	Boston, USA
1993	Maastricht, Holandia	2007	Londyn, Wielka Brytania
1994	Wenecja, Włochy	2008	Kopenhaga, Dania
1995	ST.John's, Kanada	2009	Dublin, Irlandia
1996	Jerozolima, Izrael	2010	Paryż, Francja
1997	Chicago, Stany Zjednoczone	2011	Hong Kong, Chiny
1998	Budapeszt, Węgry	2012	Genewa, Szwajcaria
1999	Melbourne, Australia	2013 (planowana)	Edynburg, Szkocja

Źródło: Opracowano na podstawie informacji ze strony internetowej www.isqua.org [dostęp: 15.01.2013].

³⁸ Opracowano na podstawie informacji ze strony www.isqua.org [dostęp: 15.01.2013].

wotnej) jest organizacją międzynarodową z siedzibą w Montrealu, która zrzesza indywidualności zajmujące się tworzeniem raportów *Ocena technologii medycznych*). Jej dodatkowym zadaniem jest popularyzowanie działalności HTA (Health Technology Assessment – Ocena Technologii Medycznych), wśród państw rozwijających się. Od 2002 roku działa *Health Technology Assessment international (HTAi)*. Misją HTAi jest wspieranie i promowanie stosowania technologii medycznych z uwzględnieniem wpływu czynników ekonomicznych, organizacyjnych, społecznych i etycznych. Jest więc to płaszczyzna, na podstawie której stał się możliwy kontakt nauki z polityką. Celem organizacji jest współpraca z innymi instytucjami, które dokonują oceny technologii medycznych, przeprowadzają coroczne spotkania, promują publikacje poświęcone tej tematyce, wspierają inicjatywy HTAi w różnych krajach. Narzędziem wspierającym jest HTA, wykorzystywanym do kreowania polityki zdrowotnej oraz wspierania menedżerów w ochronie zdrowia³⁹. Podstawowym celem oceny technologii medycznych jest określenie opłacalności danej technologii, a więc sprawdzenie jej skuteczności oraz przewidywanych kosztów związanych z jej wprowadzeniem, zgodnie z wynikami próbnego (kontrolnego) stosowania tej technologii w grupie badanej. W celu uzyskania rzetelnej analizy brane są pod uwagę trzy parametry: użyteczność, efektywność i bezpieczeństwo, przy uwzględnieniu aspektów ekonomicznych. Dzięki wykorzystaniu raportów HTA, można zapewnić pacjentowi lepszą opiekę a jednocześnie efektywniej wykorzystać zasoby, które są zawsze ograniczone. Jednak celem HTA nie jest uzyskanie oszczędności środków finansowych, gdyż niektóre procedury, często droższe, mogą przynosić długofalowe korzyści [Bała 2000, s. 19].

World Organization of Family Doctors (WONCA) jest to organizacja założona w 1972 roku, zrzeszająca lekarzy rodzinnych. W samym oddziale europejskim zrzesza ponad 45 000 lekarzy rodzinnych, reprezentujących środowiska akademickie, naukowe i praktyków. Celem organizacji jest poprawa jakości życia poprzez wspieranie i utrzymywanie wysokich standardów opieki w praktyce lekarza rodzinnego. Do jej zadań należy stymulacja rozwoju, badań, edukacji i jakości. WONCA zwraca szczególną uwagę na obowiązkowe kształcenie lekarzy rodzinnych na wszystkich uczelniach medycznych oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ramach specjalizacji i kursów doksztalających. Celem WONCA jest także ciągły rozwój medycyny rodzinnej oparty na prowadzonych badaniach, oraz wspieranie rozwoju i zachęcanie do debat na temat obowiązkowego profesjonalizmu w zakresie ustawicznego kształcenia. Istotne z punktu widzenia organizacji jest wspieranie właściwej równowagi w ramach medycyny rodzinnej w odniesieniu do profilaktyki, diagnozowania, leczenia i opieki⁴⁰. Według

³⁹ Opracowano na podstawie informacji ze strony www.wtai.org [dostęp: 15.01.2013].

⁴⁰ www.woncaeurope.org [dostęp: 15.01.2013].

WONCA zapewnienie jakości w praktyce lekarza rodzinnego jest bowiem zaplanowanym, dynamicznym procesem, opartym na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki, mającym na celu podjęcie działań w kierunku ciągłej poprawy standardu opieki nad pacjentem [Tomasik 1998, s. 182].

Działania na rzecz jakości są także wspierane przez instytuty i stowarzyszenia: Institute for Health Improvement, Institute for Healthcare Improvement, Joint Commission International, Quality Assurance Project i inne. Omówiony zostanie pierwszy z wymienionych. Institute for Healthcare Improvement (IHI) jest niezależną organizacją non profit, wspierającą działania na rzecz jakości na całym świecie. Organizacja została założona w 1991 roku. Jej zadaniem jest poprawa jakości opieki zdrowotnej poprzez identyfikowanie luk jakościowych, które powinny zostać rozwiązane na rzecz jakości, oraz powiadomienie opinii publicznej, jakie działania są i będą realizowane w celu poprawy jakości⁴¹. Corocznie Institute for Healthcare Improvement i British Medical Journal Publishing Group, organizują Międzynarodowe Forum Jakości i Bezpieczeństwa w Opiece Zdrowotnej. Forum gromadzi prawie 2000 uczestników ze wszystkich kontynentów i jest najważniejszym wydarzeniem podsumowującym działania w obszarze poprawy jakości w opiece zdrowotnej, służącym wymianie doświadczeń i najlepszych praktyk. Na łamach Forum często poruszaną tematyką w dyskusji jest brak systemowego wsparcia w koordynacji diagnostyki i leczenia, poprawy bezpieczeństwa pacjentów czy niewystarczającego kształcenia i szkolenia lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego w poprawie jakości [Kiljańska 2009, s. 25–26].

Joint Commission International (JCI) jest organizacją opracowującą standardy zarówno dla lecznictwa otwartego, jak i dla lecznictwa zamkniętego. Celem standaryzacji jest zwiększenie bezpieczeństwa obsługi pacjenta oraz poprawa jakości świadczonych usług. W czerwcu 2011 roku JCI otrzymała akredytację ISQua. Akredytacja ta jest gwarancją, że proponowane standardy i wskaźniki wykorzystywane do oceny jakości i badania wydajności organizacji spełnią międzynarodowe standardy.

Działania na rzecz poprawy jakości są nie tylko propagowane przez międzynarodowe organizacje, ale także szeroko opisywane na łamach licznych periodyków. Wybrane czasopisma poruszające problematykę jakości zaprezentowano w tabeli 4.9.

Niezależnie od organizacji, które działają na rzecz jakości, opracowywane są międzynarodowe systemy monitorowania wskaźników dla oceny jakości w szpitalach, na przykład PATH, EUPHORIC Project, BQS. Jedną z takich inicjatyw, wspieraną przez Światową Organizację Zdrowia, jest projekt PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* – Narzędzie dla oceny poprawy jakości

⁴¹ www.ihl.org, [dostęp: 30.01.2013].

Tabela 4.9. Wybrane międzynarodowe czasopisma traktujące o jakości usług medycznych

Tytuł czasopisma	Afiliacja	Rok pierwszego wydania	Wydawca
Journal on Quality Improvement (wcześniej Quality Review Bulletin)	JCAHO	1974	JCAHO
Journal of Quality in Clinical Practice (wcześniej Australian Clinical Review)	ACHS, AMA	1981	Blackwell
International Journal of Technology Assessment in Health Care	ISTAHC	1984	Cambridge University Press
International Journal of Health Care Quality Assurance		1987	MCB University Press
International Journal for Quality in Health Care (wcześniej Quality Assurance in Health Care)	ISQua	1989	Oxford University Press
Quality and Safety in Health Care (wcześniej Quality in Health Care)	IHI	1992	BMJ Publishing Group

Źródło: *Quality and Accreditation* 2003, s. 23.

w szpitalach), który zakłada monitorowanie wskaźników w takich obszarach, jak: efektywność kliniczna i bezpieczeństwo opieki, skuteczność i wydajność, zagadnienia kadrowe i bezpieczeństwo pracowników, zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia, orientacja na pacjenta [Mazur i in. 2010, s. 115].



Rysunek 4.5. Model PATH

Źródło: Fischer i Schlesinger 2007.

Dla każdego z wymiarów przedstawionych na rysunku 4.5 ustalono zestaw wskaźników, biorąc pod uwagę ich istotność, użyteczność i dostępność. W obowiązkowym zestawie znalazło się 17 wskaźników standardowych, natomiast zestaw nadobowiązkowy zawiera 23 wskaźniki ponadstandardowe (tabela 4.10).

Tabela 4.10. Zestaw wskaźników standardowych (obowiązkowych)

Wymiar	Wskaźnik
Efektywność kliniczna Bezpieczeństwo opieki	C1. Cięcia cesarskie
	C2. Około zabiegowa profilaktyka antybiotykowa (endoprotezy stawu biodrowego, planowe operacje jelita grubego, zabiegi naczyniowe)
	C3. Śmiertelność (świeży zawał serca; udar; złamanie stawu biodrowego, pozaszpitalne zapalenie płuc, astma, cukrzyca)
	C4. Readmisje (świeży zawał serca, udar, złamania stawu biodrowego, pozaszpitalne zapalenie płuc, astma, cukrzyca)
	C5. Chirurgia jednego dnia (operacja zaćmy, artroskopia kolana, przepuklina pachwinowa, wyłyżeczkowanie jamy macicy; tonsylektomia i/lub wycięcie wyrosła adenoidalnych, cholecystektomia; podwiązanie jajowodów, żyłki – wycięcie i podwiązanie)
	C6. Hospitalizacja po chirurgii jednego dnia (procedury jak w C5)
	C7. Powrót na OIT/OIOM
Wydajność	C8. Długość pobytu (świeży zawał serca, udar, złamanie stawu biodrowego, pozaszpitalne zapalenie płuc, astma, cukrzyca)
	C9. Efektywne wykorzystanie bloku operacyjnego
Bezpieczeństwo pracowników	C10. Wydatki na szkolenia
	C11. Absencja
	C12. Nadgodziny
	C13. Ekspozycja zawodowa (zakłucia)
Zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia	C14. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród personelu
	C15. Karmienie piersią przy wypisie
Orientacja na pacjenta	C16. Ciągłość opieki przy przekazywaniu pacjenta (świeży zawał serca; udar; złamanie stawu biodrowego, pozaszpitalne zapalenie płuc, astma, cukrzyca)
	C17. Oczekiwania pacjentów

Źródło: *Zaproszenie do udziału w projekcie WHO PATH 2007.*

Zestaw wskaźników został ustalony zgodnie z zasadą doboru możliwie niewielkiej liczby zapewniającej maksimum użyteczności informacji. Dla każdego wskaźnika została przygotowana strona opisowa zawierająca kluczowe informacje z nim związane, co stanowi punkt wyjścia do działań na rzecz poprawy jakości. Informacje w ten sposób wykorzystane umożliwią realizację podstawowego celu projektu, czyli wspieranie szpitali w definiowaniu strategii poprawy

jakości. Jest to możliwe poprzez identyfikację obszarów do dalszej analizy i poprawy oraz korzystanie z doświadczeń najlepszych szpitali. Projekt PATH jest skierowany do wszystkich krajów członkowskich WHO [Dudzik-Urbaniak, Kutryba i Wójtowicz 2009, s. 105–107].

4.6. Akredytacja podmiotów leczniczych

Akredytacja jest znaną i sprawdzoną metodą zapewnienia jakości. Polega na przeprowadzeniu przeglądu placówki opieki zdrowotnej z uwzględnieniem określonych standardów akredytacyjnych. Na tej podstawie następuje przyznanie statusu jednostki akredytowanej. Posługując się definicją przyjętą na konferencji *Accreditation and Quality* w 1995 roku w Barcelonie, akredytację określa się jako: zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówką akredytacyjną, która, przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo [Niżankowski, Bedlicki i Surowiec 1996, s. 56]. Praktyka akredytowania instytucji opieki zdrowotnej wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych. W roku 1910 E. Codman zaproponował model funkcjonowania i oceny szpitala na podstawie uzyskiwanych wyników leczenia. W 1913 roku E. Martin wprowadził tę zasadę do Amerykańskiego Kolegium Chirurgów, a w 1918 roku Kolegium opublikowało pierwszy standard, dający początek szpitalnemu programowi akredytacji. W 1951 roku do współpracy przystąpiło Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitali (AHA), Kolegium Lekarzy Amerykańskich (ACP), tworząc wspólnie Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals). Od 1965 roku Komisja Wspólna rozpoczęła akredytację instytucji opieki długoterminowej, a następnie jednostek ambulatoryjnych i psychiatrycznych. W latach osiemdziesiątych opracowano programy akredytacji hospicjów, opieki domowej oraz instytucji z tzw. opieki kierowanej (*managed care*). W roku 1987 została zmieniona nazwa komisji na: Komisja Wspólna ds. Akredytacji Instytucji Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) dla podkreślenia szerokiego spektrum działalności na rzecz jakości w opiece zdrowotnej. Komisja jest instytucją prywatną działającą nie dla zysku. Sprawuje nadzór nad jedenastoma tysiącami instytucji opieki zdrowotnej, dobrowolnie zgłaszającymi akces do programu akredytacji (w liczbie tej znajduje się około 5200 szpitali amerykańskich z ogólnej liczby około 6800). Standardy akredytacyjne są stale weryfikowane i dostosowywane do aktualnego stanu wiedzy medycznej i wiedzy z zakresu zarządzania. Obejmują aspekty funkcjonowania szpitala w obszarach: jego zasobów, procesów diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, higienicznych, organizacyjnych i zarządczych [Oleszczyk 2002, s. 23].

Obecnie w różnej skali prowadzi się akredytację szpitali w Kanadzie, Australii, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii oraz wielu innych państw (tabela 4.11 i 4.12)⁴².

W Polsce na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 marca 1994 roku zostało powołane Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), które, będąc jednostką resortu zdrowia o zasięgu ogólnokrajowym, miało wspierać działania w zakresie poprawy jakości usług [Murkowski 1995, s. 104–109]. Jednym ze strategicznych celów tej jednostki było opracowanie i wdrożenie Programu Akredytacji Szpitali w Polsce. Intensywne prace

⁴² Akredytacja ma różne formy. Od 1989 roku w brytyjskiej opiece zdrowotnej obowiązuje jakościowa analiza opieki medycznej (*medical audit*). Według Brytyjskiego Departamentu Zdrowia jest to systematyczna, krytyczna analiza jakości opieki medycznej, zawierająca ocenę wykorzystania środków, sposobów rozpoznania i leczenia wyników tych działań oraz jakości dalszego życia pacjentów. W angielskim Hospital Accreditation Program (HAP) standardy uwzględniają następujące obszary działalności szpitala: zarządzanie, usługi medyczne, zarządzanie informacją oraz usługi hotelowe i wspomagające. Model brytyjski zapewnienia jakości opracowany przez King's Fund (UK King's Organisation Audit) oparty jest na wzorach australijskich. System ten funkcjonuje na zasadzie dobrowolności. Nie obejmuje całego kraju i nie jest częścią ogólnokrajowego systemu akredytacyjnego. Jest on pomyślany jako pomoc dla szpitali rozwijających wewnętrzne systemy kontroli i zapewnienia jakości. Kryteria i standardy umożliwiają ocenę jakości kluczowych działów i aspektów organizacji szpitala. Do procesu przestrzegania standardów zaangażowany jest cały personel szpitalny na wszystkich poziomach zarządzania. W szpitalu podlegają ocenie następujące dziedziny działalności: zarządzanie szpitalem, personelem fachowym, oddziałami i jednostkami funkcjonalnymi szpitala. Brytyjski King's Fund stosuje trzy typy standardów. Typ pierwszy odnosi się do tzw. *essential practice*. Jest to poziom podstawowy, którego nieprzestrzeganie prowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Typ drugi odnosi się do praktyki poprawnej (*good practice*), typ trzeci natomiast do praktyki pożądanej, co oznacza praktykę o wysokiej i ciągle doskonałej jakości (*excellence*). Standardy kanadyjskie rozwinęły się w dwóch kierunkach. Jeden związany jest ściśle z opieką nad pacjentem. Standardy postępowania obejmują: planowanie opieki leczenia, ocenę opieki i leczenia, dostosowanie wyżej wymienionej działalności do istniejących standardów, monitorowanie i poprawę jakości. Drugi kierunek związany jest z podziałem funkcjonalnym szpitala i obejmuje: zarządzanie informacją, zarządzanie zasobami ludzkimi, ogólne kierowanie i zarządzanie. Standardy stosowane przy akredytacji szpitali w Ameryce Północnej obejmują obowiązkowe standardy minimalne, w skład których wchodzi: standardy dotyczące organizacji opieki medycznej, działu służb technicznych i pomocniczych, warunków pobytu pacjenta w szpitalu, stanu instalacji technicznych szpitala oraz sposobu utylizacji odpadów. Ponadto stosowane są standardy nadobowiązkowe, które odnoszą się do opieki w stanach krytycznych, neonatologii, medycyny nuklearnej, rehabilitacji i działalności służb socjalnych. Standardy Australijskiej Komisji ds. Standardów Opieki Zdrowotnej (Australian Council on Healthcare Standards) są podzielone na 28 alfabetycznie ułożonych działów. Jedna ich grupa odnosi się do ogólnych funkcji szpitala, a drugą grupę stanowią standardy odnoszące się do poszczególnych specjalności medycznych. Hiszpańskie standardy programu katalońskiego podzielone są na 27 sekcji w sześciu działach: zarządzanie i organizacja, bezpieczeństwo i higiena pracy, stan techniczny i instalacje, wyposażenie, pracownie diagnostyczne, system służb pomocniczych, warunki hotelowe. Mimo że systemy akredytacyjne w swojej budowie są zbieżne, to jednak biorąc pod uwagę specyficzne cechy każdego kraju różnią się: a) wielkością, b) rozmiarem, c) finansowaniem, d) strukturami organizacyjnymi, e) systemem motywowania szpitali, f) sposobem zatrudniania, g) procedurą akredytacyjną [Murkowski, Nowacki i Koronkiewicz 1996, s. 19–25; Nizankowski, Bedlicki i Surowiec 1996, s. 57].

Tabela 4.11. Przykłady wejścia w życie uregulowań prawnych, narodowych programów akredytacyjnych

Kraj	Rok	Kraj	Rok
Chiny	1989	Tajlandia	1997
Singapur	1991	Litwa	1998
Włochy	1992	Holandia	1998
Brazylia	1995	Portugalia	1998
Japonia	1995	Zambia	1998
Polska	1995	Niemcy	1999
Kirgistan	1997	Irlandia	1999
Hiszpania	1997	Ekwador	2000

Źródło: *Quality and Accreditation* 2003, s. 36.

Tabela 4.12. Okres rozpoczęcia programów akredytacji (pierwsza ankieta w wybranych krajach)

Rok	Program
1990	Wielka Brytania (HAP)
1991	Wielka Brytania (HQS)
1995	Finlandia
1996	Hiszpania
1997	Czechy
1998	Polska, Szwajcaria
1999	Francja, Holandia
2000	Portugalia, Wielka Brytania (CBS)
2001	Niemcy, Włochy, Irlandia

Źródło: Shaw 2001, s. 97.

podjęto w połowie 1996 roku i skupiły się one na: zidentyfikowaniu obszarów i możliwości poprawy działań w szpitalach (faza wstępna), opracowaniu zestawu standardów akredytacyjnych, przeszkoleniu wizytatorów akredytacyjnych oraz przeprowadzeniu wizytacji testowych (faza przygotowawcza). Działania te umożliwiły sprawdzenie założeń procesu akredytacji oraz zdobycie doświadczenia niezbędnego do prowadzenia właściwej akredytacji szpitali [Bedlicki, Kutaj-Wąsikowska i Surowiec 1998, s. 15–19]. W 1997 roku opublikowano próbny zestaw standardów. Jego źródłem były informacje uzyskane z analizy zagranicznych systemów akredytacyjnych, wyników ankiet przeprowadzanych w szpitalach oraz konsultacji z członkami Koalicji na Rzecz Akredytacji. W jej skład weszły organizacje związane z ochroną zdrowia, między innymi: Naczelna Izba

Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Ponadto w ramach Centrum powołano zespoły do opracowania wskaźników odpowiedzialnych za poziom jakości świadczonych usług zdrowotnych. Zespół Wytycznych (Standardów) przygotowuje zalecenia dla praktyki klinicznej, ustalając optymalne postępowanie w szczególnie ważnych stanach chorobowych. Zespół Wskaźników Jakości opracowuje programy monitorowania wskaźników, czyli wymiernych liczbowych danych o wybranych procesach i wynikach opieki. Z kolei Zespół Wdrażania Programów Poprawy prowadzi szkolenia mające na celu powoływanie w zakładach opieki zdrowotnej Zespołów Jakości, interdyscyplinarnych grup monitorujących jakość, projektujących oraz realizujących programy poprawy jakości w jednostkach. Natomiast Zespół Akredytacji jest odpowiedzialny na przygotowanie zasad zewnętrznego systemu oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej z uwzględnieniem publikowanych standardów. W Polsce do roku 1997 nie istniały standardy akredytacyjne, na których można byłoby oprzeć proces akredytacji. Rosnące zainteresowanie pozytywnymi wynikami procesów akredytacji w krajach gospodarczo rozwiniętych skłoniły Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia do rozpoczęcia prac nad opracowaniem systemu akredytacji dostosowanego do potrzeb i warunków pracy polskich szpitali. Przy współpracy z organizacjami reprezentującymi środowisko medyczne oraz na podstawie doświadczeń innych systemów powstał w 1998 roku Program Akredytacji Szpitali [*Zestaw standardów 1998*].

Zasady funkcjonowania polskiego systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej regulują przepisy: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku *o akredytacji w ochronie zdrowia*, Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 roku, *przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia*, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 roku *w sprawie Rady Akredytacyjnej*, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku *w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie*, Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 roku *w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali*. Zgodnie z ustawą *o akredytacji w ochronie zdrowia* (art. 3, ust. 3), akredytacji udziela minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie rekomendacji Rady, w formie certyfikatu akredytacyjnego, po przeprowadzeniu procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zwanej „procedurą oceniającą”. Akredytacji udziela się na okres trzech lat, przy spełnieniu minimum 75% założonych standardów (art. 3, ust. 15). W skład Rady, która udziela rekomendacji do akredytacji, wchodzi 12 osób powoływanych i odwoływanych

przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 6)⁴³. W ramach przeglądu, który jest przeprowadzany w podmiocie leczniczym, osoby upoważnione przez ośrodek akredytacyjny mają prawo do: wstępu na teren podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia przeglądu. Wyznaczeni wizytatorzy uprawnieni są także do wglądu do innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu, a w szczególności dotyczącej pracowników podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz struktury organizacyjnej i funkcjonowania tego podmiotu. Możliwe jest także prowadzenie wywiadów z pracownikami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz z pacjentami. (Dz.U. z 2009 roku, Nr 52, poz. 417, art. 3, ust 5). Procedurę oceniającą przeprowadzają osoby oceniające zwane wizytatorami⁴⁴, na podstawie harmonogram przeglądu. Program sporządzany jest przez ośrodek akredytacyjny i przekazywany podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem przeglądu. Harmonogram określa terminy rozpoczęcia przeglądu, wizytacji pomieszczeń podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jak również oceny dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu, w szczególności dotyczącej: pracowników i struktury organizacyjnej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych funkcjonowania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Harmonogram zawiera także możliwość prowadzenia wywiadów z pracownikami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz

⁴³ Osiem osób powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jedną osobę powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez ministra obrony narodowej, jedną osobę powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych [Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, art. 6, ust. 1]. Kandydatem na członka Rady może być osoba, która spełnia następujące wymagania: (1) posiada wyższe wykształcenie, (2) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie związane z działaniem na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, (3) nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za ścigane z oskarżenia publicznego przestępstwo popełnione umyślnie lub przestępstwo skarbowe, (4) cieszy się nieposzlakowaną opinią. Kadencja członków Rady trwa 4 lata. Ta sama osoba nie może być członkiem Rady więcej niż dwie kadencje [Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, art. 6].

⁴⁴ Wizytator dokonuje przeglądu na podstawie imiennego upoważnienia. Wizytator podlega wyłączeniu od udziału w procedurze oceniającej, jeżeli między nim lub osobą dla niego bliską a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, który podlega procedurze oceniającej, zachodzą okoliczności, które mogłyby wywołać wątpliwości co do jego bezstronności. W przypadku gdy przegląd przeprowadza więcej niż jeden wizytator, wyznacza się spośród nich wizytatora wiodącego, który odpowiada za sprawny przebieg przeglądu i koordynuje pracę poszczególnych wizytatorów [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r., par. 4 i 5].

z pacjentami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku, par. 2]. Po przeprowadzeniu przeglądu wizytator albo wizytator wiodący sporządza raport⁴⁵ [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku, par. 7]. Każdy standard akredytacyjny posiada wagę w postaci przypisanej mu liczby, która kwalifikuje go do określonej grupy ze względu na jego wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i personelu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych⁴⁶.

Program Akredytacji Szpitali, opublikowany w 1998 roku, przedstawiający zestaw standardów akredytacyjnych w istotny sposób przyczynił się do zmiany kultury organizacyjnej podmiotów leczniczych. Było to możliwe poprzez wprowadzenie określonych standardami wymogów, które nie tylko skłoniły szpitale do wprowadzania modyfikacji i zmiany sposobu dostarczania opieki, ale też odmieniły świadomość profesjonalistów medycznych i kadry zarządzającej⁴⁷. Do 2009 roku zestaw liczył 210 standardów podzielonych na 15 grup, dla których zostały opracowane kryteria wymagane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (tabela 4.13). Standardy te sformułowano w postaci krótkich zdań określających stan pożądaný. Każdemu z nich towarzyszy wyjaśnienie intencji danego standardu oraz sposób sprawdzenia i punktowania. Standardy oceniane są w skali punktowej 5–1 (typ A), lub 5–3–1 (typ B), gdzie 5 jest oceną maksymalną. Oprócz skali punktowej, każdemu standardowi przyporządkowana jest określona waga, a ostateczna ocena wynika z iloczynu punktacji i wagi. Dość często standard główny uzupełniony był standardami szczegółowymi. Standardy

⁴⁵ Raport zawiera: (1) nazwę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, (2) czas trwania przeglądu, (3) imię i nazwisko wizytatora albo imiona i nazwiska wizytatorów, (4) określenie celu przeglądu, (5) opis systemu punktowania, (6) propozycję oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów akredytacyjnych, (7) ocenę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych poprzez wskazanie, jaki procent możliwej do uzyskania liczby punktów stanowią zsumowane oceny punktowe spełnienia poszczególnych standardów akredytacyjnych, (8) informację o możliwości wniesienia zastrzeżeń do raportu, (9) omówienie standardów akredytacyjnych, które nie są spełnione albo są częściowo spełnione przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku, par. 7].

⁴⁶ Zostały ustalone następujące wagi: 1,0 dla standardów akredytacyjnych istotnych dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu; 0,75 dla standardów akredytacyjnych istotnych dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu, ale trudnych do wprowadzenia ze względu na konieczność istotnych zmian organizacyjnych lub związanych z nakładami finansowymi; 0,5 dla standardów akredytacyjnych związanych z opisem procedur i postępowania; 0,25 dla standardów akredytacyjnych niemających istotnego wpływu na bezpieczeństwo pacjenta i personelu. Każdy standard akredytacyjny jest oceniany według następującej skali punktowej: 1 pkt – nie spełnia wymagań, 3 pkt – spełnia częściowo wymagania, 5 pkt – spełnia wymagania standardu. **Ocena punktowa standardu** akredytacyjnego polega na pomnożeniu wagi standardu akredytacyjnego przez ocenę uzyskaną w skali punktowej. Oceny punktowe wszystkich mających zastosowanie do ocenianego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych podlegają zsumowaniu [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r., par 8].

⁴⁷ Preambuła do *Programu Akredytacji Szpitali* [2009].

zostały opracowane w ten sposób, aby dotyczyły: szeroko rozumianego funkcjonowania szpitala i zarządzania nim, opieki nad pacjentem oraz poszczególnych rodzajów usług świadczonych pacjentowi przez szpital.

Tabela 4.13. Grupy standardów wymagane przy procesie akredytacji

Grupa standardów	Liczba standardów głównych
Zarządzanie ogólne (ZO)	14
Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ)	7
Zarządzanie informacją (ZI)	17
Kontrola zakażeń szpitalnych (KI)	6
Prawa pacjenta (PP)	12
Ocena stanu pacjenta (OS)	7
Opieka nad pacjentem (OP)	6
Anestezjologia (AN)	10
Leki (LI)	12
Odżywianie (OD)	6
Ciągłość opieki (CO)	5
Poprawa jakości (PJ)	5
Zarządzanie środowiskiem opieki (ŚO)	9
Izba przyjęć (IP)	8
Laboratorium (LA)	6
Ogółem	130

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Programu Akredytacji Szpitali* [1998].

Zestaw standardów obowiązujący do 2009 roku, przedstawiono w tabeli 4.14. Na podstawie opracowanych standardów od 1998 do 2009 roku stosowano pełną procedurę, a przeglądy akredytacyjne stały się kompleksowe i wyczerpujące, zgodnie z wymogami wizytacji⁴⁸. W 2009 roku wprowadzono nowe standardy (tabela 4.15), które stanowią nadal zbiór 15 działów z pewnymi modyfikacjami. Wprowadzono nowy rozdział *Diagnostyka obrazowa*, a usunięto *Izba Przyjęć*, standardy dotyczące tego obszaru zostały umieszczone w innych rozdziałach. Niektóre działy z poprzedniej edycji zestawu standardów otrzymały inne tytuły: *Anestezjologia* obecnie ma tytuł *Zabiegi i znieczulenia*, *Leki* zmieniono na *Farmakoterapię*. Wprowadzony został podrozdział w jakości: *Bezpieczeństwo pacjenta*. Większy nacisk położono na zachowania podmiotu w sytuacjach kryzysowych.

⁴⁸ Mimo wielu różnic systemy akredytacyjne (w tym także system polski) mają wspólne cechy: a) dobrowolne uczestnictwo, b) oparcie na standardach, c) cel edukacyjny, d) autonomiczność, e) postępowanie zgodnie z procedurą, e) jawność i równość zasad oceniania i podejmowania decyzji, f) motywacyjność, g) brak profitów, h) standardy [Niżankowski, Bedlicki i Surowiec 1996, s. 57].

Tabela 4.14. Grupy standardów sprawdzane w czasie poszczególnych etapów przeglądu akredytacyjnego do 2009 roku

Elementy przeгляdu szpitala	Grupy standardów														
	ZO	ZZ	ZI	KI	PP	OS	OP	AN	LI	OD	CO	PI	ŚO	IP	LA
Ambulatorium			+	+	+	+	+				+		+		
Anestezjologia – wizyta					+	+	+						+		
Anestezjologia – blok					+	+	+				+	+			
Dokumentacja medyczna				+	+	+									
Dokumentacja szpitalna					+	+	+	+						+	+
Działy diagno- styki			+			+	+				+		+		
Izba przyjęć		+	+	+	+		+				+		+		
Kierownictwo	+		+		+						+		+		
Komitet Jakości												+			
Kontrola infekcji			+	+								+			
Laboratorium	+		+			+	+						+		+
Leki	+					+	+		+	+					
Miejsce pobytu pacjenta	+		+	+	+	+	+				+		+		
Pacjent – wy- wiad						+	+				+				
Środowisko opieki										+			+		
Zarządzanie informacją			+												
Zarządzanie zasobami	+	+													

Źródło: Niżankowski 1999, s. 38.

Szpital, jako ważna i integralna część systemu opieki zdrowotnej, uzyskując akredytację, informuje o dobrym funkcjonowaniu i realizacji oczekiwań pacjentów. Korzyści z akredytacji nie ograniczają się wyłącznie do pacjenta. Do pożądanых zjawisk wynikających z akredytacji należy zaliczyć przede wszystkim stymulację poprawy jakości opieki nad pacjentem, zwiększenie zaufania społecznego do szpitala, wspieranie edukacji personelu oraz podnoszenie kwalifikacji, budowanie strategii marketingowej, jak i pomoc w uzupełnieniu źródeł finansowania. Niewątpliwie pozytywnym efektem akredytacji jest redukcja kosztów, zwiększenie

Tabela 4.15. Zestaw standardów akredytacyjnych po 2009 roku

Dział	Liczba standardów
Ciągłość Opieki (CO)	13
Prawa Pacjenta (PP)	20
Ocena Stanu Pacjenta (OS)	5
Opieka nad Pacjentem (OP)	6
Kontrola Zakażeń (KZ)	7
Zabiegi i Znieczulenia (ZA)	12
Farmakoterapia (FA)	13
Laboratorium (LA)	9
Diagnostyka Obrazowa (DO)	9
Odżywianie (OD)	5
Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ)	6
Zarządzanie Ogólne (ZO)	11
Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)	9
Zarządzanie Informacją (ZI)	6
Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO)	19
Ogółem	150

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Programu Akredytacji Szpitali* [2009]

efektywności, ułatwianie pozyskiwania pożyczek (kredytów), kreowanie trendów w opiece zdrowotnej oraz identyfikacja szpitali najlepszych i korzystanie z ich wiedzy oraz doświadczeń. Do kolejnych walorów akredytacji można zaliczyć: umożliwienie klientowi lepszego wyboru w zaspokajaniu jego oczekiwań, sprzyjanie konkurencyjności szpitali i rozwijanie inicjatyw wewnątrzszpitalnych czy aktywizację działania zespołowego oraz zwiększenie motywacji personelu, dzięki udziałowi w procesach przygotowawczych i następujących po akredytacji, i wreszcie unaocznienie problemów opieki szpitalnej oraz polityki zdrowotnej regionu poprzez porównanie różnych szpitali [*Program Akredytacji Szpitali* 1998, s. 7–8].

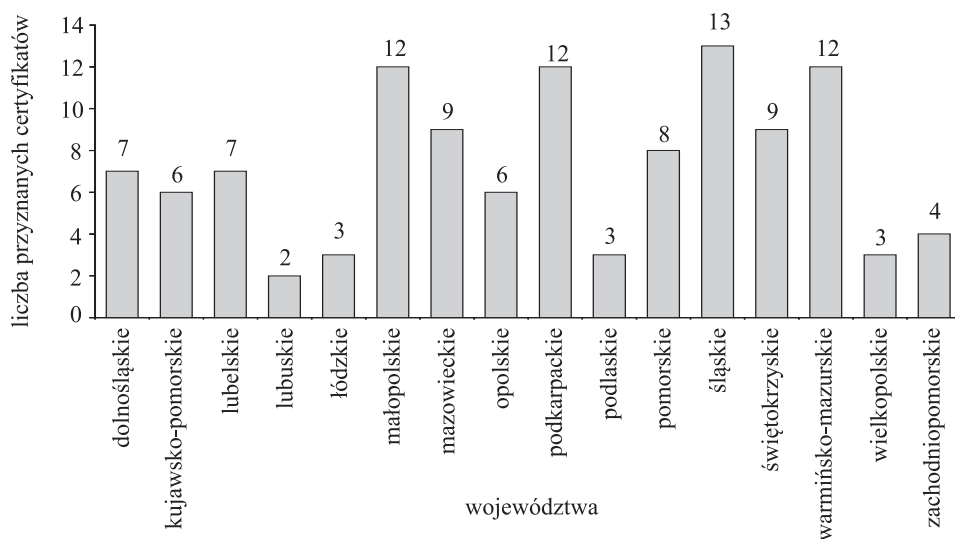
W dniu 23 stycznia 2013 roku w Polsce status jednostki akredytowanej oraz 15 placówek w ramach podstawowej opieki zdrowotnej miało 108 szpitali. Maksymalny uzyskany poziom zgodności wyniósł 94%, minimalny uzyskany poziom zgodności: 75%, średni poziom spełniania standardów: 80,9%⁴⁹. Liczba uzyskanych certyfikatów ISO 9001:2008 trudna jest do ustalenia ze względu na to, że brakuje jednej bazy/instytucji, która mogłaby w sposób sumaryczny podać liczbę zakładów z wdrożonym systemem. Przekrój zakładów mających status jednostki akredytowanej w ujęciu województw obrazuje wykres 4.4. Wyraźnie widoczne jest zainteresowanie akredytacją w województwach warmińsko-mazurskim, małopolskim, podkarpackim i śląskim.

⁴⁹ Dane ze strony www.CJM.org.pl, [dostęp: 23.01.2013].

Tabela 4.16. Charakterystyka porównawcza systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000 i akredytacji podmiotów leczniczych

Cecha	Akredytacja	ISO 9001:2000
Zakres obowiązywania	Norma krajowa	Norma ma charakter międzynarodowy
Jednostka mająca uprawnienia nadawania statutu	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	Ponad 40 firm mających uprawnienia do nadawania statusu jednostki akredytowanej
Okres ważności certyfikatu	3 lata	3 lata
Zakres wdrożenia	Cała placówka	Część lub całość
Standardy	150 standardów głównych pogrupowanych w ramach 15 działów dla lecznictwa zamkniętego	5 rozdziałów, 5 wymaganych procedur systemowych
Grupa sprawdzająca	Wizytatorzy	Auditorzy
Audity/ wizyty sprawdzające	Wizyty okresowe, sprawdzające; mogą się odbyć – nie muszą	Audyty sprawdzające – raz w roku – obowiązkowe
Obszar zastosowania	Lecznictwo zamknięte POZ	Każdy zakład bez względu na formę organizacyjno-prawną
Osoba odpowiedzialna za jakość	Kierownik/ dyr. ds. Jakości	Pełnomocnik ds. Zapewnienia Jakości

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4.4. Liczba zakładów mających status jednostki akredytowanej według województw stan na 23.01.2013 roku

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie danych zamieszczonych na stronie www Centrum Monitorowania Jakości www.cmj.org.pl [dostęp: 15.12.2012].

4.7. Zintegrowane systemy zarządzania jakością w podmiocie leczniczym

Jedną z możliwych ścieżek wdrażania jakości do zakładów opieki zdrowotnej jest certyfikacja podmiotów leczniczych zgodnie z normą ISO 9001:2008. W 1987 roku Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna ISO (z siedzibą w Genewie, organizacja zrzeszająca 100 krajów członkowskich) przyjęła zbiór norm dotyczących jakości, znanych jako rodzina norm ISO 9000, których celem było ujednoczenie słownictwa związanego z jakością, zharmonizowanie różnorodnych wymagań dotyczących jakości w poszczególnych krajach oraz unifikacja rynku europejskiego, dzięki dostarczaniu jednego, ujednoczonego zbioru norm dotyczących jakości, przeznaczonych do stosowania przez międzynarodowych dostawców wyrobów i usług. Przedrostek ISO w ISO 9000 nie jest skrótem Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej, lecz pochodzi z języka greckiego – *isos* i znaczy „równy”, jak w słowach izobara (ang. *isobar*), izoterma (ang. *isotherm*) lub „trójkąt równomierny” (ang. *Isosceles triangles*) [Small 1998].

Według założeń ISO, normy powinny być aktualizowane w przybliżeniu co 6–8 lat. Nowelizacja następowała w latach: 1987 r. – pierwsze wydanie normy, 1994 r. – pierwsza „mała” nowelizacja, 2000 r. – druga „duża” nowelizacja (polskie wydanie PN-EN ISO 9001:2001), 2008 r. – trzecia „mała” nowelizacja (polskie wydanie PN-EN ISO 9001:2009). Nowelizacja norm przebiega według następującego procesu: WDs (Working Drafts) – projekty robocze opracowywane w Working Groups, CD (Committee Draft) – projekt normy Komitetu Technicznego ISO, DIS (Draft International Standard) – projekt normy międzynarodowej ankietowany w krajowych Komitetach Technicznych, FDIS (Final Draft International Standard) – końcowy projekt normy ISO po ankiecie (przegłosowany i zatwierdzony do publikacji).

Nowa edycja norm serii ISO 9000, po gruntownych zmianach, została opublikowana 15 grudnia 2000 roku. W normach tych uwzględniono rozwój, jaki nastąpił w dziedzinie jakości, oraz zmieniające się potrzeby rynkowe, zwracając uwagę na duże zainteresowanie w sektorze usług. Znowelizowane normy serii ISO 9000 oparto na ośmiu zasadach zarządzania jakością, mających ułatwić najwyższemu kierownictwu uzyskanie poprawy funkcjonowania organizacji⁵⁰.

W 2008 roku nastąpiła kolejna nowelizacja normy ISO 9001, która wprowadziła niewielkie zmiany z zapisach, zmniejszając jedynie liczbę procedur systemowych (wynikające z normy)⁵¹. Zakres prac koniecznych do realizacji w podmiocie leczniczym, obrazuje tabela 4.18.

⁵⁰ Zasada 1 – Orientacja na klienta, Zasada 2 – Przywództwo, Zasada 3 – Zaangażowanie ludzi, Zasada 4 – Podejście procesowe, Zasada 5 – Podejście systemowe do zarządzania, Zasada 6 – Ciągłe doskonalenie, Zasada 7 – Podejmowanie decyzji na podstawie faktów, Zasada 8 – Wzajemnie korzystne powiązania z dostawcami [Komentarz do normy ISO 9000:2000 2000, s. 13–25].

⁵¹ Zmiany o charakterze ogólnym w ISO 9001:2008 były następujące: (1) w znowelizowanej normie wprowadzono sformułowanie „wymagania ustawowe i przepisów” (*statutory and regula-*

Tabela 4.17. Liczba certyfikatów ISO 9001:2000/2008 wydanych na świecie

Wyszczególnienie	Rok wydania certyfikatu					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Liczba wydanych certyfikatów na świecie	660 132	773 867	896 929	951 486	982 832	1 064 785
Wzrost w ujęciu rok do roku	162 213	113 735	123 062	54 557	31 346	81953

Źródło: The ISO Survey of Certifications [2009].

Dokonując porównania obydwu systemów zapewnienia jakości dla podmiotów leczniczych, a więc akredytacji i normy ISO 9001:2008, można z całą pewnością stwierdzić, że systemy te nie wykluczają się, lecz wręcz przeciwnie – mogą się wzajemnie uzupełniać. Należy jednak wskazać trudność wdrożenia, ze względu na różny ich rodowód. Akredytacja jest systemem, który nie tylko wyrósł z podmiotów leczniczych, ale został dla nich opracowany, natomiast normy ISO mają rodowód przemysłowy, choć zostały przy nowelizacji tak skonstruowane, aby mogły być z powodzeniem wprowadzane do przedsiębiorstw świadczących usługi. To pierwsze porównanie można by uznać za przesłankę korzystną dla wdrożenia akredytacji na szerszą skalę. Tak jednak nie jest. Mimo że standardy zostały

tory requirements), które oznaczają „wymagania prawne” (*legal requirements*). (2) W całej normie rozszerzono wymagania systemowe o wymagania ustawowe (*statutory*) → kompatybilność z normą ISO 14001, wymagającą okresowej oceny zgodności z mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi. (3) Zmieniono pojęcie „wyposażenie do monitorowania i pomiarów” na „sprzęt do monitorowania i pomiarów”. (4) W normie oprócz podejścia procesowego podkreślono rolę biznesu i związanych z nim celów finansowych. (5) Pojęcie „jakość wyrobu” zastąpiono pojęciem „zgodność wyrobu”. (6) Nastąpiła zmiana liczby wymaganych procedur – wyjaśniono sprawę dopuszczalności łączenia procedur, zwiększając kompatybilność z normą ISO 14001. Obecnie obligatoryjnych jest pięć procedur, takich jak: nadzór nad dokumentami, nadzór nad zapisami, postępowanie z wyrobem niezgodnym, audit wewnętrzny, działania korygujące i zapobiegawcze. (7) W punkcie 4.1, zwiększono wymagania w zakresie procesów zleczanych na zewnątrz. Nie wystarczy je zidentyfikować, trzeba określić zakres i rodzaj nadzoru nad nimi. W uwagach, które dodano do punktu 4.1 doprecyzowano pojęcie procesów zleczanych na zewnątrz oraz rodzaj i charakter nadzoru nad nimi. Wskazano możliwość nadzorowania przez określanie kryteriów wyboru dostawców i ich oceny, (8) monitorowanie percepcji klienta może obejmować uzyskiwanie danych wejściowych z takich źródeł, jak: badanie zadowolenia klienta/pracownika, opinie klienta na temat jakości dostarczanych wyrobów, analiza utraconych korzyści biznesowych, pochwały, roszczenia gwarancyjne czy raporty przedstawicieli handlowych. (9) W punkcie 7.5.4, ze względu na wymóg przestrzegania ustawy o ochronie danych osobowych, doprecyzowano, że własność klienta może obejmować własność intelektualną i dane osobowe. (10) Zgodnie z punktem 5.5.2, najwyższe kierownictwo powinno wyznaczyć członka kierownictwa organizacji. Dodanie słowa „organizacji” okazało się znaczące dla wielu zakładów. Oznacza bowiem, że pełnomocnikiem ds. zapewnienia jakości powinna być osoba zatrudniona w organizacji a nie pełniąca tę funkcję w ramach umowy o dzieło. Umowa bowiem o dzieło jest umową cywilnoprawną, określoną przepisami kodeksu cywilnego, a nie kodeksu pracy. Zamysłem tej zmiany było uniemożliwienie zlecenia tej funkcji na zewnątrz. (11) Wskazano na znaczenie wymaganych kompetencji – obecnie należy przygotowywać karty kompetencyjne określające kwalifikacje wymagane na danym stanowisku.

Tabela 4.18. Zakres prac wymaganych w ramach wdrożenia w zakładzie opieki zdrowotnej Systemu Zapewnienia Jakości zgodnego z ISO 9001:2008

	Podjęmowane działania	Jednostka odpowiedzialna	I	II	III	IV	V	VI
Etap I: Przygotowanie do wdrożenia	1. Podjęcie decyzji o wdrożeniu SZJ	kierownictwo	■					
	2. Powołanie pełnomocnika SZJ		■					
	3. Wybór zespołu projektowego		■					
	4. Zakupienie aktualnych norm ISO z serii 9000	firma consultingowa	■					
	5. Audyt zerowy – analiza sytuacji firmy		■					
	6. Szkolenia z zakresu SZJ (zarządu, kierownictwa, pracowników)		■					
Etap II: Planowanie	7. Opracowanie Polityki Jakości, zakresu SZJ, schematu organizacyjnego przedsiębiorstwa i celów jakościowych	Pełnomocnik + firma consultingowa	■	■				
	8. Opracowanie mapy procesów i ich opis		■	■				
	9. Ustalenie zakresu odpowiedzialności i uprawnień		■	■				
Etap III: Dokumentacja	10. Ustalenie wymaganych udokumentowanych procedur i instrukcji	zespół projektowy wraz firmą konsultingową		■				
	11. Opracowanie dokumentacji systemowej			■				
Etap IV: Wdrażanie	12. Zatwierdzenie i rozpowszechnienie opracowanej dokumentacji			■	■			
	13. Wdrażanie opracowanej dokumentacji systemowej					■	■	
	14. Korekty do dokumentacji wynikające z funkcjonowania systemu					■	■	

przygotowane przez kadre medyczną, doskonale przygotowaną do implementacji wzorów zachodnich na polski rynek, to jednak wysokie wymagania w zakresie spełnienia standardów medycznych powodują, że osoby zarządzające, obawiając się trudu wdrożenia oraz kosztów, w mniejszym stopniu decydują się na uzyskanie statusu jednostki akredytowanej w pierwszym okresie wdrażania strategii pro jakościowej. Najczęściej wybór pada na systemy ISO-wskie, a dopiero po sukcesie certyfikacyjnym i weryfikacji praktycznej zaczynają ambitniej podchodzić do systemu, zwracając uwagę przede wszystkim na efektywność działania i monitorowanie go pod kątem wskaźników klinicznych. Ponadto system zapewnienia jakości zgodny z normą ISO 9001 zapewnia kompleksowe podejście, w którym to standardy akredytacyjne mogą stanowić uzupełnienie.

Dyrektorzy szpitali decydują się na wdrażanie systemów zarządzania jakością zgodnych z normą ISO 9001:2008 z kilku względów. Wdrożenie takiego systemu jest tańsze niż akredytacja. Ponadto system zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001:2008 daje gwarancje międzynarodowe (certyfikat na zarządzanie), a okres wdrożenia jest krótszy. W szpitalach powiatowych wdrożenie może trwać 6 miesięcy, w zakładach specjalistycznych, wojewódzkich, klinicznych – od 7 do 9 miesięcy. Nie bez znaczenia jest także odpowiedzialność za wdrożenie systemu. W większości wypadków wdrażanie przejmuje zewnętrzna firma konsultingowa, która prowadzi całość prac, łącznie z przeprowadzeniem wszystkich koniecznych szkoleń dla pracowników i opracowaniem całej dokumentacji systemowej. Ważnym kryterium jest jedynie wybranie firmy, która ma doświadczenie w branży usług medycznych i która wykonała już kilkanaście wdrożeń w placówce, którą klient reprezentuje. W innym wypadku firma zewnętrzna nie służy pomocą, a jedynie „doświadcza” na zakładzie, zmuszając pracowników do wykonania większości prac związanych z wdrożeniem. Istotnym zagadnieniem staje się także wybór pełnomocnika ds. zapewnienia jakości jako osoby, która nie tylko będzie koordynowała wszystkie działania na rzecz jakości, ale w przyszłości może być pomocna we wprowadzaniu nowych metod zarządzania.

Norma ISO 9001:2008 w punkcie 5.5, wskazuje na konieczność powołania przedstawiciela kierownictwa, który zajmuje się nadzorowaniem systemu zarządzania jakością. Nie podaje jednak wytycznych co do kompetencji i kwalifikacji wybieranej osoby. W nowelizacji z 2008 roku wskazano, że pełnomocnikiem powinien być *członek organizacji*, zatrudniony na umowę o pracę, a nie na umowę zlecenie. Zmiana wprowadzona w tym zakresie w 2008 roku jest zasadna ze względu na to, że spotkać się można było z praktyką, iż pełnomocnik był przedstawicielem firmy konsultingowej wdrażającej system, a swoje funkcje realizował w podmiocie na zlecenie, jedynie w zaplanowanych odstępach czasu (raz na miesiąc czy nawet kwartał).

W związku z nowelizacją punktu 5.5 normy ISO 9001:2008 podmioty podejmowały decyzje, czy wyłonić pełnomocnika z dotychczasowego personelu, czy

lepiej zatrudnić osobę z zewnątrz. Każde z tych rozwiązań mogło być korzystne dla organizacji. Osoba wyłoniona spośród pracowników zakładów zna już bowiem organizację i wie, jakie problemy należy pilnie rozwiązać. Wadą jednak takiego podejścia jest to, że pracownik „uwikłany” w wewnętrzną politykę nie będzie chciał lub wręcz będzie się obawiał wprowadzać zmiany w organizacji. Taka sytuacja jest często obserwowana w podmiotach leczniczych, kiedy to pełnomocnikiem zostaje jedna z pielęgniarek (najczęstszy przypadek) lub też osoba z personelu administracyjnego.

W takim wypadku dobrym rozwiązaniem może być zatrudnienie osoby z zewnątrz, która nie będzie miała zahamowań co do wprowadzania działań, w niektórych wypadkach nawet rewolucyjnych. Takie podejście nie jest jednak pozbawione wad, bowiem osoba, która wcześniej nie знаła sytuacji organizacji, zanim dokona właściwej diagnozy i zapozna się z bolączkami podmiotu, może także zostać uwikłana w politykę wewnętrzną. Ponadto okres wdrażania może być zbyt długi.

W celu oceny strategii pro jakościowej w podmiotach leczniczych, z punktu widzenia pełnomocnika, w okresie od października 2012 roku do stycznia 2013 roku w ramach badań własnych z ramienia Katedry Badań Rynku i Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu zostały przeprowadzone badania empiryczne. Metodyka badania została omówiona w punkcie 4 Aneksu.

Wśród badanych podmiotów wszystkie placówki uzyskały certyfikat systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008, a 14,3% badanych zakładów opieki zdrowotnej poddało się akredytacji, tj. ocenie bazującej na jawnych i ustalonych kryteriach, posiadając jednocześnie certyfikat ISO-wski. Osobami wypełniającymi kwestionariusz z ramienia podmiotów leczniczych były osoby odpowiedzialne za koordynację działań związanych z jakością. W wyniku analizy okresu, w którym następowało wdrożenie systemu, wyraźnie wyodrębniono dwa podokresy. Pierwszy z nich przypada na lata 2000-2003, drugi zaś trwał od 2011 roku do stycznia 2013 roku. To wyraźne zróżnicowanie może być spowodowane tym, iż decyzja o wdrożeniu systemu zapadała w okresach zmian ustawowych czy też reformatorskich. W pierwszym okresie przyznawano zakładom opieki zdrowotnej środki publiczne na prowadzenie działań restrukturyzacyjnych. Skłaniało to dyrektorów zakładów nie tylko do uszczuplenia kadr (restrukturyzacji zatrudnienia), ale także do zmiany metody zarządzania. Z kolei w drugim okresie stymulatorem zmian stała się wprowadzona wówczas Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej

W większości wypadków w analizowanych podmiotach okres wdrożenia strategii nie był dłuższy niż rok (90%), a nawet wskazywano ten sam rok rozpoczęcia i zakończenia procesu. Tylko w nielicznych przypadkach okres ten wydłużył się nawet do dwóch lat. Mimo że w kwestionariuszu badawczym zadano pytanie, jaka była przyczyna wydłużającego się okresu wdrożenia, żaden z zakładów nie

udzielił odpowiedzi na to pytanie. We wszystkich analizowanych przypadkach kierownik zakładu był inicjatorem decyzji o wdrożeniu systemu zarządzania jakością lub akredytacji. Nie wymieniono inicjatyw oddolnych, które miałyby wpływ na podjęcie decyzji o wdrożeniu strategii projakościowej.

Charakteryzując osobę odpowiedzialną za koordynację działań z zakresu jakości, wskazano że stanowisko to nazwano pełnomocnikiem ds. zapewnienia jakości (z wariantami: pełnomocnik ds. systemu zapewniania jakości, pełnomocnik ds. jakości) lub też w wypadku posiadania kilku systemów: pełnomocnikiem ds. zintegrowanego systemu. W analizowanych przypadkach, w 77% pełnomocnikiem zostawała pielęgniarka lub położna (wskazywano najczęściej stanowisko pielęgniarki naczelnej). Jedynie w 23% przypadków stanowisko pełnomocnika zajęła osoba z kadry administracyjnej. Rekrutacja odbyła się z naboru wewnętrznego, ze stanowisk: pracownika ds. osobowych, specjalisty ds. eksploatacji, kierownika działu zamówień publicznych, specjalisty ds. BHP, kierownika działu administracji. W żadnym z analizowanych przypadków nie odnotowano, aby pełnomocnikiem została osoba z kadry lekarskiej czy z diagnostyki laboratoryjnej. W jednym przypadku pojawiło się wskazanie, że pełnomocnika, którym była pielęgniarka, zastąpił magister rehabilitacji. Wszystkie osoby legitymowały się wyższym wykształceniem i nie miały wcześniej doświadczenia w zakresie jakości (wyjątek stanowiło dwóch pełnomocników, którzy pełnili tę funkcję wcześniej – w innych zakładach).

W części czwartej i piątej zadano pytania dotyczące korzyści z wdrożenia. W przypadku systemu zarządzania jakością najczęściej wymieniano: poprawę organizacji w zakładzie, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, aktywizację pracowników do działań projakościowych, wspieranie edukacji personelu. Co znamienne, mimo wymieniania korzyści wewnętrznych, tylko w 6 przypadkach zwrócono uwagę na korzyści zewnętrzne po uzyskaniu certyfikatu. Wśród wymienianych korzyści znalazły się: poprawa wizerunku podmiotu leczniczego oraz wzrost wiarygodności w opinii instytucji współpracujących i klientów.

Wśród problemów, jakie pojawiły się w trakcie wdrażania, wymieniono: negatywne nastawienie części personelu (wskazywano zwłaszcza opór po stronie kadry lekarskiej), niechęć do porządkowania dotychczasowej dokumentacji oraz obawę przed zmianami. Grupą zawodową, która angażowała się we wdrożenie systemu, był przede wszystkim personel pielęgniarski. Natomiast największe opory pojawiły się po stronie personelu lekarskiego – na co wskazało aż 80% badanych placówek (zaangażowanie lekarzy można było jedynie zaobserwować przy ubieganiu się o status jednostki akredytowanej).

Zainteresowanie podmiotów leczniczych nowymi metodami zarządzania znalazło swój wyraz w masowym wprowadzaniu strategii projakościowej pod postacią norm ISO lub też w uzyskaniu statusu jednostki akredytowanej. Niestety, mimo uzyskanych certyfikatów nie zawsze te strategie, mają pozytywny wydźwięk

zarówno wśród pracowników, jak i pośrednio wśród klientów zewnętrznych. Wadliwe wdrożenie ze względu na brak umiejętności pełnomocnika ds. zapewnienia jakości czy też brak entuzjazmu ze strony najwyższego kierownictwa, bardzo szybko jest dostrzegane i wykorzystywane przez personel, zwłaszcza lekarzy, którzy jak pokazują badania nie są chętni do wprowadzania jakichkolwiek zmian czy też wręcz są grupą zawodową, która stawia największy opór. W takiej sytuacji certyfikat staje się tylko etykietą zewnętrzną, która w żaden sposób nie odzwierciedla faktycznej wizji zakładu. Ponadto badania ujawniły, że system zarządzania jakością powoduje zaangażowanie pełnomocnika i niektórych grup zawodowych, a nie całego personelu, jak można by tego oczekiwać po strategii projakościowej.

Charakteryzując osobę odpowiedzialną za koordynację działań z zakresu jakości, wskazano, iż stanowisko to nazwano Pełnomocnikiem ds. Zapewnienia Jakości (z wariantami: Pełnomocnik ds. Systemu Zapewnienia Jakości, Pełnomocnik ds. Jakości) lub też w przypadku posiadania kilku systemów: Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu. W analizowanych przypadkach, w 77% pełnomocnikiem zostawała pielęgniarka lub położna (wskazywano najczęściej stanowisko pielęgniarki naczelnej). Jedynie w 23% przypadków stanowisko pełnomocnika zajęła osoba z kadry administracyjnej. Rekrutacja odbyła się z naboru wewnętrznego, ze stanowiska: pracownika ds. osobowych, specjalisty ds. eksploatacji, kierownika działu zamówień publicznych, specjalisty ds. BHP, kierownika działu administracji. W żadnym z analizowanych przypadków, nie odnotowano, aby pełnomocnikiem została osoba z kadry lekarskiej, czy z diagnostyki laboratoryjnej. W jednym przypadku pojawiło się wskazanie, iż pełnomocnik, którym była pielęgniarka zastąpił mgr rehabilitacji. Wszystkie osoby legitymują się wykształceniem wyższym i nie posiadały wcześniej doświadczenia w zakresie jakości (wyjątek stanowiło dwóch pełnomocników, którzy pełnili tę funkcję wcześniej – w innych zakładach).

W części czwartej i piątej zadano pytania dotyczące korzyści w wdrożeniu. I tak, w przypadku systemu zarządzania jakością najczęściej wymieniano: poprawę organizacji w zakładzie, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, aktywizację pracowników do działań projakościowych, wspieranie edukacji personelu. Co znamienne mimo wymieniania korzyści wewnętrznych, tylko w 6 przypadkach zwrócono uwagę na korzyści zewnętrzne, po uzyskaniu certyfikatu. Wśród wymienianych korzyści znalazło się: poprawa wizerunku podmiotu leczniczego oraz wzrost wiarygodności w opinii instytucji współpracujących i klientów.

Wśród problemów, jakie pojawiły się w trakcie wdrażania, wymieniono: negatywne nastawienie części personelu (wskazywano zwłaszcza opór po stronie kadry lekarskiej), niechęć do porządkowania dotychczasowej dokumentacji, obawa przed zmianami. Grupami zawodowymi, które angażowały się we wdrożenie systemu był przede wszystkim personel pielęgniarski, zaangażowanie lekarzy można było jedynie zaobserwować przy ubieganiu się o status jednostki

akredytowanej. Natomiast największe opory pojawiły się po stronie personelu lekarskiego – na co wskazało aż 80% badanych placówek.

Zainteresowanie podmiotów leczniczych nowymi metodami zarządzania, znalazło swój wyraz w masowym wprowadzaniu strategii projakościowej pod postacią norm ISO lub też uzyskaniu statusu jednostki akredytowanej. Niestety, mimo uzyskanych certyfikatów nie zawsze strategię tę, mają swój pozytywny wydźwięk zarówno wśród pracowników jak i pośrednio wśród klientów zewnętrznych. Wadliwe wdrożenie ze względu na brak umiejętności pełnomocnika ds. zapewnienia jakości czy też brak entuzjazmu ze strony najwyższego kierownictwa, bardzo szybko jest dostrzegane i wykorzystywane przez personel, zwłaszcza lekarzy, którzy jak pokazują badania nie są chętni do wprowadzania jakichkolwiek zmian, czy też wręcz są grupą zawodową, która stawia największy opór. W takiej sytuacji certyfikat staje się tylko etykietą zewnętrzną, która w żaden sposób nie odzwierciedla faktycznej wizji zakładu. Ponadto badania ujawniły, iż system zarządzania jakością, powoduje zaangażowanie pełnomocnika i niektórych grup zawodowych, a nie całego personelu jak możnaby tego oczekiwać po s strategii projakościowej.

Normę PN-EN ISO 9001:2009 można integrować z innymi: PN-EN ISO 14001:2005 (system zarządzania środowiskowego), PN-N 18001:2004 (system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy), PN-ISO/IEC 27001:2005 (system zarządzania bezpieczeństwem informacji). W takim wypadku podmiot leczniczy ma zintegrowany system zarządzania jakością. Systemy jakościowe można także wdrażać w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych, na podstawie norm PN-EN ISO 17025 i PN-EN ISO 15189. Standardy jakości zostały opracowane na poziomie możliwym do wdrożenia w laboratorium diagnostycznym i mikrobiologicznym, które podejmują wysiłek wprowadzania działań na rzecz poprawy organizacji i zarządzania laboratorium i wiarygodności wyników badań⁵².

Analizując aspekty bezpieczeństwa pacjentów, należy wspomnieć także o HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) – *analizie ryzyka i krytycznych punktach kontroli*. Po raz pierwszy publicznie prezentacja koncepcji HACCP miała miejsce w 1971 roku podczas pierwszej Amerykańskiej Krajowej Konferencji ds. Ochrony Żywności. W latach 1972–1978 Federalna Administracja Leków i Żywności (Food and Drug Administration – FDA) wprowadziła obligatoryjnie w produkcji żywności realizację przez pracowników zasad HACCP. W 1980 roku

⁵² Określone standardy dotyczą wszystkich etapów procesu wykonania badania laboratoryjnego, przy uwzględnieniu: przepisów zawartych w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 roku *o diagnostyce laboratoryjnej*, standardach jakości zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 roku w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, standardach jakości w zakresie czynności laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych, ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników, zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku, standardami dotyczącymi warunków sanitarno-higienicznych laboratorium i bezpieczeństwa pacjentów [Kopczyński 2007, s. 170171].

Międzynarodowa Komisja ds. Wymagań Mikrobiologicznych Żywności Światowej Organizacji Zdrowia przedstawiła ogólne zasady i definicje dotyczące HACCP. Na terenie Unii Europejskiej bazowym dokumentem z tego zakresu jest Dyrektywa nr 93/43/EEC z dnia 10.06.1993 roku, która nakłada obowiązek wdrożenia systemu na wszystkie podmioty zajmujące się produkcją, przetwarzaniem, magazynowaniem i dystrybucją artykułów spożywczych. W roku 2000 Unia Europejska przedstawiła strategię dotyczącą zapewnienia właściwej jakości zdrowotnej żywności w dokumencie nazywanym *Białą księgą* w zakresie bezpieczeństwa żywności. Najważniejszym aktem prawnym w tym zakresie jest Rozporządzenie nr M78/200 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 roku. Na podstawie powyższego rozporządzenia ustanowiono Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz określono procedury w sprawie bezpieczeństwa żywnościowego (2002/178/EC) [Dobski 2012, s. 211–212]. Bezpieczeństwo przygotowywanej żywności w podmiotach leczniczych i jej jakość jest niezwykle istotnym zagadnieniem w podmiotach leczniczych, przede wszystkim w tych miejscach, gdzie posiłki dla pacjentów hospitalizowanych przygotowuje kuchnia szpitala⁵³.

W podmiotach leczniczych istotne są nie tylko systemy zarządzania jakością skierowane na konkretne działania, ale także założenia programowe oparte na wytycznych i dyrektywach unijnych, które zwracają uwagę na aspekty jakości, na przykład w zakresie bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia chorych⁵⁴.

4.8. Konsumeryzm weryfikujący znaczenie jakości usług medycznych

Od 2008 roku Health Consumer Powerhouse (HCP) z siedzibą w Brukseli przygotowuje Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia. Indeks opracowany w 2012 roku obejmuje 27 krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz Norwegię i Szwajcarię, a także kraje kandydujące: Chorwację i Republikę Macedonii,

⁵³ Wśród wielu czynników mogących powodować zatrucia pokarmowe można wyróżnić siedem podstawowych: (1) zbyt wczesne przygotowywanie żywności do spożycia, (2) higiena i stan zdrowotny osób przygotowujących posiłki oraz utrzymanie czystości i porządku w pomieszczeniach produkcyjnych, (3) niewłaściwa temperatura podgrzewania i przechowywania ciepłego, (4) niewłaściwe chłodzenie, (5) przypadkowe miejsce pochodzenia surowców – niepewni dostawcy, (6) wykorzystanie pozostałych posiłków, (7) zakażenia krzyżowe [Zadernowski in. 2004, s. 15].

⁵⁴ Wprowadzane są standardy, zgodnie z: (1) Dyrektywą ramową 89/391 EWG w sprawie wprowadzania środków w celu zwiększenia bezpieczeństwa i poprawy zdrowia pracowników podczas pracy, (2) Dyrektywą 90/269 o minimalnych wymaganiach zdrowia i bezpieczeństwa podczas ręcznego przenoszenia ciężarów, jeśli istnieje zagrożenie dla zdrowia pracowników, zwłaszcza uszkodzenia kręgosłupa, (3) Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych, (4) stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Opieki Długoterminowej w sprawie bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów, z dnia 11 października 2004 roku [Kruk-Kupiec, Koczy i Szałkiewicz 2007, s. 191].

Albanię, Islandię i Serbię⁵⁵. Edycja z 2012 roku objęła oceną 42 wskaźniki w 34 krajach. Ranking 2012 składa się z pięciu podkategorii: [Björnberg 2012].

1. Prawa pacjenta i informacje: 1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta, 1.2. organizacje pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny, 1.3. ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej, 1.4. Prawo do drugiej opinii, 1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji, 1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu, 1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej, 1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta, 1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług, 1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, 1.11. Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie, 1.12. e-recepty;
2. Dostępność (czas oczekiwania): 2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu, 2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty, 2.3. Poważne, nienagłe zabiegi operacyjne poniżej 21 dni, 2.4. Leczenie przeciwnowotworowe poniżej 21 dni, 2.5. Badanie tomografem komputerowym poniżej 7 dni;
3. Wyniki leczenia: 3.1. Śmiertelność z powodu zawału serca, 3.2. Śmiertelność niemowląt, 3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do liczby zachorowań, 3.4. Utracone potencjalne lata życia, 3.5. Infekcje MRSA, 3.6. Cesarskie cięcia, 3.7. Niezdiagnozowana cukrzyca, 3.8. Depresja;
4. Zapobieganie/zakres i zasięg świadczonych usług: 4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej, 4.2. Operacje zaćmy, 4.3. Szczepienia niemowląt, 4.4. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców, 4.5. Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia, 4.6. Wskaźnik przeprowadzania badań mammograficznych, 4.7. Nieformalne płacenie lekarzom, 4.8. Zapobieganie paleniu, 4.9. Długofalowa opieka nad osobami starszymi, 4.10. Procent dializ wykonywanych poza szpitalami;

⁵⁵ Health Consumer Powerhouse wydaje liczne publikacje na temat opieki zdrowotnej w różnych krajach. (1) W 2004 roku wydano Szwedzki Indeks Zdrowia Konsumentów. (2) W styczniu 2008 kanadyjski Frontier Center i HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja 2009 została opublikowana w maju 2009 roku. (3) Europejski Konsumentki Indeks Opieki Kardjologicznej opublikowany w 2008 roku porównuje 29 europejskich systemów opieki kardjologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach, obejmujących 28 wskaźników efektywności. (4) Pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumentkiego Indeksu Zdrowia opublikowana została we wrześniu 2008 roku we współpracy z ośrodkiem *Frontier Center for Public Policy* i oceniała opiekę zdrowotną z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjskie prowincje. (5) Pierwszy Europejski Konsumentki Indeks Opieki Diabetologicznej, opublikowany został we wrześniu 2008 roku i jest pierwszym rankingiem europejskich usług zdrowotnych świadczonych osobom chorym na cukrzycę w pięciu kluczowych obszarach: informacji, prawa i możliwości wyboru, jakie ma pacjent: szczodrość systemu, prewencja, dostęp do procedur i wyniki leczenia [Björnberg 2012, s. 16].

Tabela 4.19. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia opracowany w 2012 roku

Kraj	Kategorie oceny						Wynik łączny (maks. – 1000)	Ranking
	Prawa pacjen- ta i informacje (maks. – 175)	Dostępność (maks. – 250)	Wyniki lecze- nia (maks. – 300)	Zapobieganie/ zakres i zasięg świadczonej usług (maks. – 175)	Środki farma- ceutyczne (maks. – 100)			
Albania	102	217	113	70	33	535	29	
Austria	141	217	188	111	81	737	11	
Belgia	117	233	213	140	81	783	5	
Bulgaria	88	133	138	64	33	456	33	
Chorwacja	146	133	200	128	48	655	17	
Cypr	112	183	188	88	57	627	20	
Czechy	107	183	225	117	62	694	15	
Dania	175	167	250	140	90	822	2	
Estonia	141	167	175	123	48	653	18	
Finlandia	131	133	150	152	86	752	10	
Francja	136	167	238	140	86	766	8	
Republika Macedonii	112	183	113	82	38	527	30	
Niemcy	117	200	200	11	76	704	14	
Grecja	88	200	175	88	67	617	22	
Węgry	122	167	138	99	52	577	28	
Islandia	146	183	263	146	62	799	3	
Irlandia	107	150	238	134	86	714	13	
Włochy	131	133	213	93	52	623	21	
Łotwa	107	117	138	88	43	491	31	
Litwa	131	183	138	99	33	585	26	

Luksemburg	112	233	250	134	62	791	4
Malta	88	183	163	128	48	609	26
Holandia	170	200	263	163	76	872	1
Norwegia	160	83	300	146	67	756	9
Polska	126	117	188	99	48	577	27
Portugalia	126	117	163	117	67	589	25
Rumunia	88	167	100	88	48	489	32
Serbia	102	117	113	82	38	451	34
Słowacja	122	200	188	99	67	675	16
Słowenia	112	133	213	99	81	638	19
Hiszpania	102	100	213	117	71	603	24
Szwecja	141	100	300	158	76	775	6
Szwajcaria	126	233	213	111	86	769	7
Wielka Brytania	160	133	200	146	81	721	12

Źródło: Björnberg 2012, s. 22-23.

5. Środki farmaceutyczne: 5.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę, 5.2. Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, 5.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych, 5.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację), 5.5. Leki na chorobę Alzheimera, 5.6. Leki na schizofrenię, 5.7. Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami.

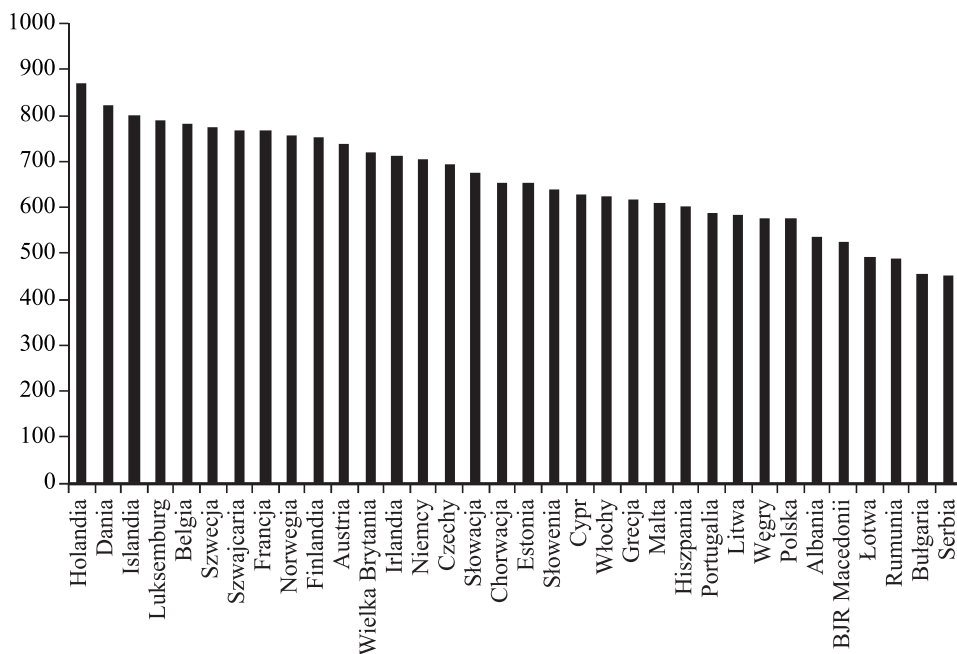
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2012 stanowi próbę zmierzenia wydajności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta oraz stworzenia rankingu, najlepszych systemów z punktu widzenia właśnie odbiorcy świadczeń. Na uzyskane wyniki mają wpływ problemy związane z jakością informacji, brak jest równocześnie jednorodnych procedur gromadzenia danych. Stworzony indeks porównawczy narodowych systemów zdrowia potwierdził, że istnieje grupa krajów członkowskich UE, które z perspektywy klienta, dysponują dobrymi systemami opieki zdrowotnej.

Na pierwszym miejscu w rankingu uplasowała się Holandia, dalej Dania, Islandia i Luksemburg. Rzecz znamienna, że czołowe miejsca zajmują kraje, w których systemy opieki zdrowotnej oparte są na modelu Bismarcka. Od wielu lat Holandia zajmuje pierwszą lokatę; w 2012 roku uzyskała aż 872 punkty na 1000 możliwych. Bez wątplenia jest jednym z państw mających najlepiej skonstruowane przepisy w zakresie udziału pacjentów w procesie podejmowania decyzji oraz kształtowania polityki w dziedzinie opieki zdrowotnej. Holenderski system opieki zdrowotnej stworzył ponad 160 ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, w których gabinety są otwarte 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. W kontekście małego kraju oznacza to, że każdy obywatel ma możliwość dotarcia do działającego ośrodka w krótkim czasie. Ranking ogranicza się do oceny życzliwości systemu opieki zdrowotnej w stosunku do konsumenta.

Drugie miejsce pod względem liczby uzyskanych punktów zajęła Dania (822 punkty), trzecie zaś Islandia (722 punkty). Na dość odległym miejscu znalazła się Polska, albowiem mając 577 punktów lokuje się dopiero na 27 pozycji⁵⁶. Na podkreślenie zasługuje również to, że różnica przy porównaniach skrajnych jest duża. Holandia uzyskała aż o 371 punktów więcej aniżeli Serbia, zajmująca ostatnie miejsce w rankingu.

Wypada zwrócić uwagę na jeszcze inną stronę porównywanych systemów opieki zdrowotnej – w pierwszej kategorii, tj. praw pacjenta i informacji, maksymalną liczbę punktów uzyskała jedynie Dania. Z kolei badając dostępność między innymi do lekarza rodzinnego, specjalisty czy procedur aż 233 punkty na 250 możliwych otrzymały trzy kraje, a mianowicie: Belgia, Luksemburg, Szwajcaria. Natomiast biorąc pod uwagę wyniki leczenia na czołowym miejscu znalazły

⁵⁶ W poszczególnych kategoriach Polska zajęła następujące miejsca: prawa pacjenta i informacje 16 miejsce, dostępność 30 miejsce, wyniki leczenia 19 miejsce, zapobieganie/zakres i zasięg świadczonych usług 22 miejsce, środki farmaceutyczne 25 miejsce [Björnberg 2012, s. 22–23].



Wykres 4.5. Ranking narodowych systemów zdrowia z perspektywy klienta – wyniki Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie tabeli 4.19.

się Szwecja i Norwegia, które uzyskały maksymalną liczbę punktów. Holandia jest krajem, który mając 163 punktów, zajmuje pierwszą lokatę w czwartym kluczym obszarze. Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają stwierdzić, że w piątej podkategorii, środki farmaceutyczne pierwsze miejsce zajęła Dania (liczba punktów 90 na 100 możliwych).

Zauważyć należy, że coraz bardziej maleją różnice między badanymi państwami. W ostatnich latach Słowenia wprowadziła zmiany w zakresie dostępu do lekarzy specjalistów, ubezpieczeń od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej oraz prawa do drugiej opinii, a także odnotowała znaczącą poprawę w obszarze dostępu do informacji. Na Litwie zaangażowanie organizacji reprezentujących pacjentów wzrosło w ostatnich latach do poziomu wyższego niż w większości krajów. Węgry odnotowały dużą poprawę w dziedzinie informacji dla pacjentów, wprowadzając usługę informacyjną o lekarzach wraz z rejestrem lekarzy. Jak zaznacza J. Hjertqvist, Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia wskazuje na rosnące znaczenie wpływu konsumentów na usługi zdrowotne. Niwelowane są bariery między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami. Możliwość uzyskania drugiej opinii oraz dostęp do dokumentacji medycznej są w większości krajów narzędziami zwiększającymi prawa konsumenta i pozwalającymi wspólnie

uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji [Hjertqvist, za: Björnberg 2012, s. 1–30].

Ze względu na to, że holenderski system opieki zdrowotnej został przez konsumentów oceniony jako najlepszy i zajął czołowe miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, zostaną przedstawione jego czołowe założenia, ze szczególnym uwzględnieniem włączenia pacjenta w proces jego tworzenia.

Z historycznego punktu widzenia holenderski system opieki zdrowotnej charakteryzowała inicjatywa prywatna zarówno w zakresie finansowania, jak i świadczenia opieki medycznej. W 1941 roku wprowadzony został program obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla grup uzyskujących niskie i średnie dochody. Z programu wyłączone były osoby pracujące na własny rachunek oraz te, których dochody pozostawały powyżej pewnego progu. W 1968 roku uchwalona została ustawa o ubezpieczeniach nadzwyczajnych wydatków medycznych, na mocy której ustanowiony został państwowy program obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a składka zależna była od dochodu. Do końca lat sześćdziesiątych rząd holenderski niepokoił się o pozornie niemożliwy do skontrolowania wzrost wydatków na opiekę medyczną. W 1982 roku wprowadzono ustawę o cenach świadczeń opieki medycznej, która umożliwiła rządowi kontrolę honorariów pobieranych przez lekarzy⁵⁷. W 1987 roku w wyniku szerokiego niezadowolenia społecznego z postępujących prac, powołany został przez rząd Komitet W. Dekkera, który zalecił prorynkową reformę systemu opieki zdrowotnej oraz utworzenie krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych [van de Veh 200, s. 39–40]. Wprowadzona ustawa z dnia 16 czerwca 2005 roku, ustanawiająca przepisy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu opieki medycznej dla całej populacji (ubezpieczenie zdrowotne), została w dużej mierze oparta o zalecenia komitetu W. Dekkera. Ustawa ta zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2006 roku i zakłada między innymi: obowiązek zawarcia ubezpieczenia, możliwość wyboru firmy ubezpieczeniowej, raz w roku możliwość zmiany ubezpieczyciela, przejrzystość systemu (umożliwia sprawny nadzór regulacyjny systemu, system oparty na trwałych zasadach: solidarność, wybór, jakość i wydajność), dostęp pacjenta do informacji przy podejmowaniu decyzji o wyborze firmy ubezpieczeniowej i podmiotu, w którym opieka będzie świadczona⁵⁸.

Od 2006 roku każdy mieszkaniec Holandii ma obowiązek wykupienia indywidualnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego od jednej z firm, które

⁵⁷ Do połowy lat dziewięćdziesiątych system honorariów na wykonane świadczenie został w dużej mierze zastąpiony systemem płatności ryczałtowych realizowanych na rzecz szpitali.

⁵⁸ Ustawa z dnia 16 czerwca 2005 roku, ustanawiająca przepisy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu opieki medycznej dla całej populacji (ubezpieczenie zdrowotne) – *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet)* – ustawa składa się z dziesięciu rozdziałów. Ustawa jest dostępna na stronie www.overheid.nl [dostęp: 06.02.2013].

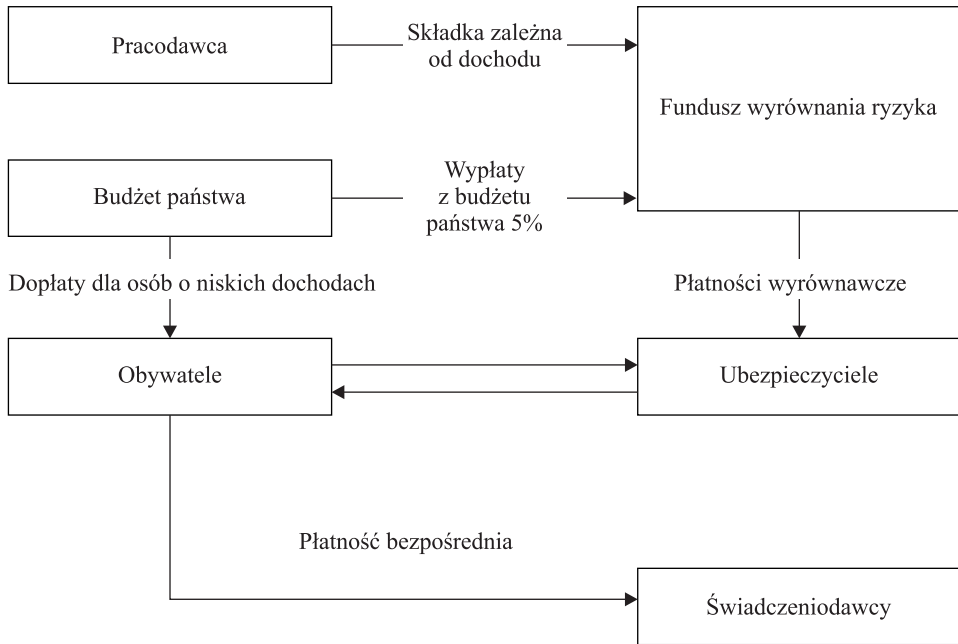
działają na rynku (z obowiązku ubezpieczenia zwolnione są dzieci do 18 roku życia). Konsument ma możliwość porównania ofert firm ubezpieczeniowych nie tylko poprzez broszury informacyjne, ale także na stronach internetowych, gdzie otrzymuje wstępną kalkulację składki ubezpieczeniowej (na przykład strona www.verzekeringssite.nl). Ubezpieczenie to musi pokrywać tzw. pakiet podstawowy, a więc opiekę lekarza pierwszego kontaktu, opiekę specjalistyczną, hospitalizację, opiekę nad kobietą w okresie ciąży i macierzyństwa, opiekę dentystryczną dzieci do 18 roku życia, transport medyczny i profilaktykę [Clarke i Bidgoog 2013]. Istnieje możliwość wykupienia także dodatkowego ubezpieczenia, które w zależności od potrzeb będzie obejmowało dodatkowe świadczenia istotne z punktu widzenia konsumenta. Coraz częściej Holendrzy negocjują z daną firmą ubezpieczeniową, wykupienie ubezpieczenia podstawowego oraz równocześnie pakietu dodatkowego. Istnieje także możliwość wykupienia ubezpieczenia grupowego, dzięki czemu ubezpieczyciel może zastosować rabat do 10% opłaty za składkę ubezpieczeniową. Ustawa wprowadzona w 2006 roku nakazuje ubezpieczycielom przyjęcie każdej osoby do ubezpieczenia, bez względu na ryzyko ubezpieczenia (tzw. zasada otwartych zapisów). Ze względu na to, że głównym celem społecznym jest zapewnienie ubezpieczenia zdrowotnego, państwo podjęło decyzję o wprowadzeniu tzw. systemu wyrównania ryzyka (rysunek 4.6). Polega on na tym, że ubezpieczyciele za osoby ubezpieczone w grupie wysokiego ryzyka otrzymują płatności wyrównujące.

Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych określa, w jaki sposób powinna zostać skonstruowana umowa ubezpieczeniowa (wymóg dotyczy określenia, jakie świadczenia przysługują osobie ubezpieczonej oraz na jakich warunkach i gdzie może z ubezpieczeń skorzystać).

Na poziomie krajowym za całokształt działań z zakresu ochrony zdrowia odpowiada minister zdrowia, opieki społecznej i sportu (5 listopada 2012 roku ministrem została E. Schippers) wraz z sekretarzem stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu⁵⁹. W Holandii znaczący wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej i zarządzanie systemem opieki zdrowotnej wywierają liczne organizacje pozarządowe, zrzeszające pracowników medycznych lub instytucje opieki zdrowotnej a także organizacje pacjentów/konsumentów. Wśród najważniejszych na uwagę zasługują: Holenderska Federacja Organizacji i Opieki Zdrowotnej, Narodowe Stowarzyszenie Szpitali, Stowarzyszenie Szpitali Uniwersyteckich, Narodowe Stowarzyszenie Domowej Opieki Zdrowotnej i Domowego Pielęgniarstwa, Holenderska Federacja Pacjentów i Konsumentów, Holenderskie Stowarzyszenie

⁵⁹ Sekretarzowi stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu podlegają: sekretarz generalny, zastępca sekretarza generalnego wraz z między innymi: dyrektorem generalnym zdrowia publicznego, dyrektorem generalnym lecznictwa otwartego, dyrektorem generalnym opieki długoterminowej, dyrektorem generalnym opieki społecznej i młodzieży (szerzej na www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws).

Spółecznych Ubezpieczeń Zdrowotnych, Zrzeszenie Prywatnych Ubezpieczycieli, Królewskie Holenderskie Towarzystwo Medyczne, Narodowe Zrzeszenie Lekarzy Ogólnie Praktykujących, Narodowe Zrzeszenie Lekarzy Specjalistów, Narodowe Holenderskie Zrzeszenie Personelu Pielęgniarskiego, Narodowe Stowarzyszenie Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Narodowe Stowarzyszenie Gminnych Świadczeń Zdrowotnych i inne [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 245].



Rysunek 4.6. Przepływy finansowe w systemie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego Holandii

Źródło: *The New Care System in the Netherlands* [2012].

Wśród instytucji, które w sposób istotny w coraz większym stopniu są włączone w proces podejmowania decyzji, jest Holenderska Federacja Pacjentów i Konsumentów (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie – NPCF). Federacja ta nie tylko jest organizacją opiniotwórczą, ale też czynnie współpracuje z rządem w celu przekazywania informacji pacjentom. Na stronie www.KiesBeter.nl przedstawiane są istotne informacje na temat: świadczeniodawców i ich oceny wyrażanej przez pacjentów, możliwości znalezienia świadczeniodawcy w zakresie poszukiwanych usług czy też możliwości zapoznania się z tzw. *czarną listą*. Opieka zdrowotna w takim ujęciu staje się całkowicie transparentna. W zakresie znalezienia świadczeniodawcy wystarczy na mapie Holandii zaznaczyć poszukiwane miasto czy też wieś, wskazać rodzaj usług, na jakie pacjent ma zapotrzebowanie, i wyświetla się lista zakładów z oceną byłych pacjentów. W systemie tym

pacjenci, oprócz wyrażania swojej opinii, nadają także zakładom gwiazdki (podobnie jak to jest przy obiektach hotelarskich – w obiektach hotelarskich, hotele, motele i pensjonaty poddawane są urzędowej fakultatywnej kategoryzacji w skali od jednej do pięciu gwiazdek, przy czym zero gwiazdek oznacza, że obiekt nie był skategoryzowany) – tym razem w skali od jednej do trzech gwiazdek, gdzie trzy gwiazdki oznaczają pełne zadowolenie pacjenta. W celu zobiektywizowania ocen administrator strony, zgodnie z otrzymanymi instrukcjami, odrzuca przed akceptacją wszystkie opinie pacjentów, które mogłyby zostać uznane za bezzasadne czy też obelżywe. Takie opinie nie są zamieszczane na stronie. W Holandii istotne znaczenie ma praca Inspektora Ochrony Zdrowia (IGZ), który od 2003 roku zgodnie z opracowanymi wskaźnikami jakości ocenia bezpieczeństwo, efektywność i dostępność. Od 2005 roku opinie i raporty z odbywanych auditów zamieszczane są oficjalnie na stronie www.KiesBeter.nl. Każdy pacjent może przeczytać, jakiej placówki dotyczyła kontrola, co obejmowała i jakie zastrzeżenia zgłasza inspektor. Dane takich zakładów wraz z raportem są wymieniane na tzw. *czarnej liście* z adnotacją, że są one pod szczególnym nadzorem Inspektora w związku z zaistniałymi zaniedbaniami. Jeżeli rekontrola nie wypada zadowolająco, Inspektor zamieszcza informacje o zakazie przyjmowania pacjentów w danej jednostce oraz przewiezieniu pacjentów (w przypadku hospitalizacji lub pobytu stałego) do innych zakładów. Zakaz może być stały lub odwracalny – po wprowadzeniu działań korygujących. W sytuacji wykrycia nieprawidłowości w praktyce indywidualnej, Inspektor może podjąć decyzje o zamknięciu gabinetu, zakazie przyjmowania pacjentów, a nawet skierowaniu sprawy przeciwko lekarzowi do sądu dyscyplinarnego. Od 2013 roku ma rozpocząć działanie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska. Zadaniem tego Instytutu będzie nie tylko opracowywanie kolejnych wskaźników do oceny jakości świadczonych usług, ale przede wszystkim zbieranie opinii pacjentów.

Na stronie <http://bit.ly/kwaliteitsinstituut> znajduje się link do strony rządowej zaprasza pacjentów: *Bądź na bieżąco i porozmawiaj z nami*. Poprzez taką formę komunikacji nie tylko rząd otrzymuje informację zwrotną o ocenie pacjenta, ale zarazem pacjent może, jeśli wyrazi zgodę, otrzymywać newslettery dotyczące usług, którymi jest zainteresowany (na przykład nowości z zakresu rehabilitacji – profilaktyka, nowe metody leczenia). Mimo że zaangażowanie pacjentów wydaje się tak duże, a usługa postrzegana jest w kategoriach wartości, rząd holenderski uważa, że poziom ten nie jest jeszcze wystarczający i wskazuje na kolejne zadania dla Instytutu, aby wypracować i wzmocnić tzw. *lepszego standardu profesjonalnej obsługi* (ta sfera dotyczy przede wszystkim pacjentów hospitalizowanych). Obecnie zbierane są z zakładów informacje do trzech wskaźników⁶⁰ *wskaźnika strukturalnego*, który obrazuje informacje na temat organizacji procesu świadczenia

⁶⁰ Szerzej na www.zichtbarezorg.nl

usługi, *Z wskaźnika procesu* który weryfikuje sześć obszarów⁶¹, oraz *wskaźnik rezultatu* (najtrudniejszego do weryfikacji), który dostarcza informacji na temat rezultatu leczenia. Problematyczność obiektywnej oceny wskaźnika wynika z braku informacji od pacjentów po opuszczeniu zakładu (można to ocenić w przypadku pacjentów hospitalizowanych, np. weryfikując jaki odsetek pacjentów po zabiegach chirurgicznych odczuwało ból po 36 godzinach od zakończenia zabiegu).

System opieki zdrowotnej wypracowany przez rząd i społeczeństwo Holandii może być *zbiorem dobrych praktyk*, z których warto czerpać przynajmniej niektóre rozwiązania. Na podstawie badań opinii społecznej wydaje się, że polskie społeczeństwo w coraz większym stopniu gotowe jest na zmiany, które mogą wydawać się rewolucyjne. Potwierdzeniem tego może być badanie Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), którego wyniki zostały opublikowane w marcu 2012 roku: *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*. W raporcie podkreślono, że działalność służby zdrowia (szczególnie tzw. państwowej) budzi niemal powszechną dezaprobatę, a rozczarowaniu opieką zdrowotną towarzyszy przekonanie o złym wydatkowaniu przeznaczonych na nią pieniędzy. Chcąc zweryfikować, jakie działania, zdaniem respondentów, mogłyby rozwiązać problemy opieki zdrowotnej, CBOS przedstawił scenariusze rozwiązań, a następnie poproszono badanych o wybór najlepszego. Proponowane rozwiązania miały dać odpowiedź między innymi na pytanie, czy Polacy skłonni byłiby wesprzeć finansowo obecny system, ponieść dodatkowe koszty, czy też woleliby, aby każdy sam decydował, czy i gdzie się ubezpieczyć? Dwie trzecie ankietowanych nie jest przekonanych do zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną, w tym jedna trzecia woli pozostawić wszystko tak jak jest obecnie. Tyle samo respondentów popiera pomysł oddania spraw związanych ze zdrowiem w ręce obywateli, a więc samodzielnego decydowania, gdzie i za ile się ubezpieczyć lub czy opłacić potrzebne świadczenia we własnym zakresie. Co szósty respondent opowiada się za wprowadzeniem częściowej odpłatności za wszystkie usługi świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a co dwunasty za najlepsze rozwiązanie uznaje podniesienie podatków lub odprowadzanej co miesiąc składki na ubezpieczenie. Co dziesiąty badany nie potrafił zająć jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Największa grupa respondentów tłumaczących problemy służby zdrowia wyłącznie nieracjonalnym wydatkowaniem pieniędzy przeznaczonych na ten cel (38%) opowiada się za wprowadzeniem swobody decydowania o tym, czy i gdzie się ubezpieczyć. Badanych z tej grupy cechuje powszechna niechęć

⁶¹ Obszarami tymi są: *bezpieczeństwo* – unikanie zdarzeń niepożądanych; *skuteczność* – właściwe wykonanie usługi, jakość kliniczna; *poszanowanie praw pacjenta*; *punktualność* – realizacja usługi na czas; *wydajność* – unikanie takich form opieki, które naraziłyby niepotrzebnie pacjenta na dłuższe i bardziej wyczerpujące leczenie, nie dając wyników klinicznych; *równość* – równe traktowanie wszystkich grup pacjentów, bez względu na rasę, wyznanie, miejsce zamieszkania czy status społeczny

do propozycji zwiększenia nakładów na państwową opiekę zdrowotną (71%). Co istotne, postawa ta przeważa także wśród ankietowanych twierdzących, że za niezadowolającą jakość i dostępność świadczeń odpowiada wyłącznie zbyt skromny budżet służby zdrowia (53%). Osoby te zakładają więc, że ulepszenie systemu wymaga nie tyle pozyskania dodatkowych środków od obywateli, ile lepszego zarządzania pieniędzmi publicznymi. Nie powinno dziwić, że respondenci nie chcą go wspierać z własnej kieszeni, a jedna trzecia najchętniej w ogóle zrezygnowała by z ubezpieczenia w NFZ. W badaniu prowadzonym w 2012 roku niezadowolenie z opieki zdrowotnej zadeklarowało prawie 78% ankietowanych, a satysfakcję w tym względzie – tylko 19% [CBOS 2012]⁶².

Konkludując, można jeszcze raz podkreślić, że czerpanie z dobrych wzorców organizacyjnych, a szczególnie holenderskich, może być przyczynkiem do poprawy organizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej, a tym samym w sposób istotny wpłynąć na opinię obywateli na jego temat.

Podsumowanie

1. Jakość w usługach powinna być interpretowana w czterech obszarach: jakości w interpretacji usługodawcy, jakości w faktach i normach, jakości w relacjach i jakości synkretycznej.
2. Interpretacja jakości w usługach powinna przyjąć następujący kontekst. Zarządzanie jakością usług jest zarządzaniem marketingowym i musi mieć wymiar strategiczny. Jakości usług nie da się wyjaśnić bez odniesienia do wartości, a odpowiedzialność za doskonalenie obsługi nabywcy ponosi personel.
3. Odmienne są determinanty wyznaczające pola percepcji jakości usług po stronie usługodawcy i usługobiorcy.
4. Zintegrowane systemy zarządzania jakością są coraz częściej wdrażane do podmiotów leczniczych, stanowiąc podstawowe rozwiązanie systemowe do uporządkowania procesów i wyznaczania celów jakościowych. W programach tych brakowało utożsamienia strategii projakościowej ze strategią marketingową, a przecież:
 - a) z istoty usługowego świadczenia wynika znacząca/współdecydująca rola usługobiorcy, już nie tylko nabywcy, ale weryfikatora jakości;
 - b) jakość w normach ISO zdefiniowana jest jako korelat satysfakcji i zaspokojenia; przy takim podejściu szanse na zniwelowanie różnicy między jakością normatywną a jakością subiektywną są znikome; standardy jakościowe mogą się stać wytyczną do działania, natomiast dążenie do perfekcyjności może zapewnić proces obsługi nabywcy;

⁶² W przedstawionym raporcie szerzej ustosunkowano się do opinii społecznej na temat funkcjonowania systemu oraz przedstawiono metodykę badawczą.

- c) to właśnie marketing usług określa standardy (wymagania) obsługi nabywcy;
 - d) nie chodzi o jednorazową akcję zapewnienia jakości, ale o długotrwały strategiczny cel osiągany dzięki doskonaleniu obsługi nabywcy;
 - e) obsługę nabywcy doskonalić można tylko dzięki wykorzystaniu zarządzania marketingowego.
5. Wprowadzenie do podmiotów leczniczych zarządzania przez jakość w interpretacji marketingu relacyjnego skutkuje:
 - a) przeformułowaniem pojęcia jakości z wewnętrznej (normatywnej), określonej za pomocą norm przyjętych i wypracowanych przez świadczeniodawcę, na jakość zewnętrzną, tożsamą z jakością pacjenta,
 - b) sformułowaniem synkretycznej definicji jakości usług dzięki marketingowi relacyjnemu,
 - c) rozpoznaniem i uszeregowaniem kryteriów wykorzystywanych przez nabywców w formułowanych ocenach jakości,
 - d) powstanie za sprawą TQM nowego „iunctim” pomiędzy marketingiem a teorią organizacji i zarządzania.
 6. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2012 stanowi próbę stworzenia rankingu najlepszych z punktu widzenia odbiorcy systemów świadczeń. W 2012 roku Polska zajęła w nim odległe, bo 27 miejsce (na 34 możliwe). Z tego względu najlepszą rekomendacją może być próba implementacji na polski rynek elementów z najlepszego – holenderskiego – systemu opieki zdrowia, biorąc pod uwagę upodmiotowienie pacjenta, alokację zasobów na konkurencyjnym rynku ubezpieczeń z zachowaniem równej i powszechnej dostępności do świadczeń, postrzeganie usługi w kategoriach wartości oraz zwrócenie uwagi na kompetencje personelu w kategoriach kreacji wartości.
 7. Czerpanie z dobrych wzorców organizacyjnych, a szczególnie holenderskich, może być przyczynkiem do poprawy organizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej, a tym samym w sposób istotny wpłynąć na opinię obywateli na jego temat
 8. **Najistotniejszym elementem kreacji polskiej polityki zdrowotnej powinien być system stworzony dla pacjenta i przy jego współudziale.**

Rozdział 5

Reorientacja na wartość usług i jej wpływ na kreowanie nowych kompetencji personelu medycznego

5.1. Jakość a wartość w usługach medycznych

W 2002 roku, w pozycji *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, B. Nogalski i J. Rybicki podkreślali, że jednym z celów, które powinni formułować menedżerowie współczesnych przedsiębiorstw, jest podnoszenie wartości zarządzanych przez siebie przedsiębiorstw. Zdaniem autorów, przez *zarządzanie wartością* należy rozumieć przede wszystkim działania wynikające z wdrożenia do zarządzania strategicznego pojęcia *wartość*, czyli wykreowania wśród wielu celów strategicznych również wiązki celów związanych bezpośrednio z wartością [Nogalski i Rybicki 2002, s. 411]. Natomiast K. Rogoziński, w pozycji *Zarządzanie wartością z klientem*, przeprowadził dowód na **konwergencję, czyli możliwość przekształcenia nabywców usług w populację współkreatorów oraz współarbitrów wartości**. Ale zanim wywód został przeprowadzony, autor wyjaśnił pojęcie, wywodząc je etymologicznie od niemieckiego *der Wert*, co było związane z wymianą towarową. Co ważniejsze, połączył ekonomię z aksjologią na gruncie teorii wartości. Wieloznaczność pojęcia *wartość* przedstawia tabela 5.1.

Pojęcie *wartość* jest także szeroko omawiane jako przedmiot poznania nauk ekonomicznych. K. Rogoziński wydzielił dwa podstawowe nurty, które nazwał umownie: ortodoksyjnym i nieortodoksyjnym. Nurt ortodoksyjny odwołuje się do dorobku ekonomii klasycznej, łączy w jedną sekwencję trzy podstawowe kategorie: nakład/koszt – cenę – wartość, co pozwala się utrwalić zasadzie, że koszty produkcji przesądzą o wartości wyrobu. Nurt nieortodoksyjny pozwala zastąpić klasyczny rachunek kosztów rachunkiem wartości. Wartość produktu decyduje o wartości

kosztów produkcji [Nogalski i Rybicki 2002, s. 141–142]. M. Durbajło-Mrowiec [2009, s. 11], przedstawiając kategorie wartości i odnosząc ją już do przedsiębiorstwa, wyróżnia podejście obiektywistyczne, które rozwijało się od początku lat pięćdziesiątych XX wieku, oraz podejście subiektywistyczne (tabela 5.2).

Tabela 5.1. Wieloznaczność pojęcia wartość

Znaczenie pojęcia wartość	Charakterystyka pojęcia
Wartość w znaczeniu elektywnym	Przedmiot nabiera wartości przez sam wybór. W takim znaczeniu wartość rozumiana jest jako <i>iustum pretium</i> , czyli cena proporcjonalna do pracy zużytej na wytworzenie towaru i do poniesionych nakładów. Zapewnia sprawiedliwą wymianę. Takie rozumienie służy do określenia wartości ekonomicznych, utylitarnych, požądawczych
Wartość w rozumieniu aksjologii	W takim ujęciu wartość to pojęcie służące do określenia tego, co perfekcyjne, godne, doskonałe. Aksjologia, określana mianem filozofii wartości, koncentruje się na trzech grupach zagadnień: (1) bycie wartością czy posiadanie wartości, (2) czy posiadanie wartości jest czymś obiektywnym czy subiektywnym, (3) komu/czemu przysługuje wartość, co uznajemy za wartościowe
Wartość w ekonomii	1. <i>Wartość w użyciu, wartość utylitarna</i> – odnosząca się nie tylko do korzyści, ale do przyjemności, jakie czerpie użytkownik z aktualnie posiadanej rzeczy 2. <i>Wartość wymienna</i> – oznacza ilość/wielość innych przedmiotów, na jakie można wymienić towary
Wartość w rozumieniu potocznym	Wartość znaczeniowo upodabnia się do Dobra, a wraz z nim wpisana zostaje w kontekst etyczny

Źródło: Opracowano na podstawie: Rogoziński 2012c, s. 22–23.

Tabela 5.2. Poglądy przedstawicieli ekonomicznego kierunku obiektywistycznego i subiektywistycznego

Przedstawiciel	Pogląd
Obiektywiści	
B. Moral [za: Sieben 1992]	W wartości należy „odzwierciedlić” w sposób równoprawny interesy zbywającego i kupującego przedsiębiorstwo
K. Mellerowicz [1952, s. 12]	Stan przedsiębiorstwa jest jedynym czynnikiem, który przy wyznaczaniu wartości może być brany pod uwagę
H.J. Engeleiter [1970, s. 11]	Przedsiębiorstwo jest wartością samą w sobie. Wartość ta powinna być dla wszystkich jednakowo ważna. Każdy nabywca jest gotów zapłacić określoną, subiektywną cenę
E. Bodarwe [1962, s. 281]	Przedsiębiorstwo posiada wartość znormalizowaną
K. Kolbe [1959, s. 26]	Wartość jest wewnętrzną własnością przedsiębiorstwa

Przedstawiciel	Pogląd
G. Bartke [1961, s. 281]	Przedsiębiorstwo posiada wartość zwykłą
F. Lackmann [1962, s. 11]	W wycenie nie należy odzwierciedlać subiektywnych poglądów
H. Jonas [1954, s. 27]	Przedmiotowi wyceny można przypisać tylko te przyszłe sukcesy, które wynikają z samego przedsiębiorstwa lub są przez to przedsiębiorstwo uwiarygodnione
Subiektywiści	
G. Jaensch [1966, s. 17]	Istotne są jedynie subiektywne szacunki, które mogą się ze sobą rozmijać
H. Stackelberg [1947, s. 3] G. Sieben [1976, s. 497]	Wartość jest kategorią, którą podmiot wiąże z określonym przedmiotem wyceny i która tylko dla niego ma istotne znaczenie. Różne osoby mogą postrzegać i oceniać ten sam obiekt w różny sposób. Wartość jest relacją między podmiotem i przedmiotem
W. Busse von Colbe [1957, s. 9]	Wartość jest kategorią odnoszącą się do przyszłości, odzwierciedla przyszłe korzyści płynące z obiektu postrzegane przez podmiot, jest indywidualną cechą, której znaczenie wynika z orientacji na sprzedającego/kupującego przedsiębiorstwo
C. Helbling [1991, s. 80– 120]	Przy określaniu wartości przedsiębiorstwa opieramy się na niezbędnych nakładach poniesionych na jego stworzenie (odpowiadających substancji majątkowej) oraz na użyteczności przedsiębiorstwa (z punktu widzenia jego właściciela) wyrażającej się zdolnością do generowania zysków
J.C. Bonbright [1937, s. 71]	Wartość przedsięwzięcia jest identyczna co do kwoty z wartością przeciwną całkowitej sumie straty bezpośredniej lub pośredniej, której poniesienia może oczekiwać właściciel, jeśli zostałby pozbawiony tej własności

Źródło: Durbajło-Mrowiec 2009, s. 12.

M. Durbajło-Mrowiec przedstawiła też definicje pojęcia wartość przedsiębiorstwa wprowadzone przez polskich ekonomistów, zajmujących się problemem wyceny przedsiębiorstwa w sferze przekształceń własnościowych (tabela 5.3).

Należy zauważyć, że kreacji wartości w przedsiębiorstwie nie powinno się utożsamiać z operacjami finansowymi [Nogalski i Rybicki 2002, s. 411]. Dlatego też w niniejszej pracy nie będzie brana pod uwagę tradycyjna analiza wartości, ale taka analiza, która wiąże się z usługowym wymiarem, a więc z inwestowaniem w kapitał intelektualny, ze względu na osobowościowe wartości użyczone w trakcie procesu świadczenia usługi.

Wartość jest kreowana i wychodzi od osób w organizacji. Skoro człowiek jest nie tylko twórcą, ale też „nośnikiem” wartości, to kryterium to wyróżnia go spośród innych organizmów. Tak więc profesjonalistą jest nie tylko ten, kto poprzez świadczenie usługi tworzy określoną wartość, ale też ten, kto poprzez tę kategorię wyróżnia się spośród innych.

Punktem wyjścia do dalszych rozważań dotyczących kreacji wartości w podmiotach leczniczych niech będzie tabela 5.4.

Tabela 5.3. Definicje wartości przedsiębiorstwa w polskiej literaturze przedmiotu

Przedstawiciel	Pogląd
K.Sawicki [1993, s. 73]	Konkretny przedmiot lub przedsiębiorstwo nie ma wartości obiektywnej, jednakowej dla wszystkich osób biorących udział w transakcji kupna-sprzedaży. Każda z nich ma indywidualne wyobrażenie i zamiary co do wykorzystania przedmiotu lub kierowania przedsiębiorstwem
T. Budziak, B. Miedziński, L. Piaseczny [1991, s. 10–13]	Przedsiębiorstwo jest warte tyle, ile wynosi jego zysk netto przez n lat, po opłaceniu przewidywanego do zwrotu kapitału. Każda ze stron uczestniczących w transakcji kieruje się swoimi subiektywnymi przesłankami. Oznacza to, że wartość przedsiębiorstwa jest dla każdej ze stron różna. Wynika to z odmienności strategii i niejednakowego położenia poszczególnych kontrahentów
M. Kufel [1992, s. 5]	Wartość przedsiębiorstwa nie jest wartością samą w sobie, przypisują ją mu poszczególne podmioty transakcji
T. Waśniewski, Z. Miklewicz [1992, s. 15]	Wartość przedsiębiorstwa jako wielkość decyzyjna wyznaczana jest przez subiektywną, indywidualną kalkulację korzyści wynikających z przejęcia przedsiębiorstwa. Podstawę jej określenia stanowi rachunek ekonomiczny nakładów i efektów
I. Ignaciuk [1990, s. 10]	Wartość przedsiębiorstwa jest różna dla każdego podmiotu gospodarczego. Nie ma wartości obiektywnej
R. Borowiecki [1992, s. 26]	Istota wyceny przedsiębiorstwa sprowadza się do wartościowania podmiotu gospodarczego z punktu widzenia zdolności do wytwarzania i powiększania zysków

Źródło: Durbajło-Mrowiec 2009, s. 15.

Tabela 5.4. Przejście z kategorii jakości do kategorii wartości w procesie świadczenia usługi

Poziom	Podjęmowane działanie
I	<p>Badanie kryteriów ocen jakościowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacjent – badanie kryteriów, które są wbudowane w model rozumienia jakości przez pacjenta. Dokonanie próby przewyciężenia subiektywnych ocen (odczuć) – obiektywizacja ocen. ▪ Usługodawca – inna perspektywa oceny jakości – wiedza profesjonalisty. Osadzenie kryteriów pomiaru w praktyce, normach, zasadach postępowania. <p>Przechodzenie z poziomu sensualnych i subiektywnych doznań na poziom wartości rozumianej jako kategoria zobiektywizowana.</p>
II	<p>Komunikowanie – zjawisko intersubiektywnej komunikacji (konfrontacja), uzyskanie wymiaru obiektywizacji.</p> <p>Następuje konfrontacja stanowisk doprowadzająca do jakości synkretycznej.</p>
III	<p>Projektowanie usługowego produktu – kategoria urealnijająca.</p> <p>Kryteria ocen jakościowych stają się elementami/trybutami usługowego produktu.</p>
IV	<p>Usługowy produkt staje się autentycznym dobrem – staje się wartością (w znaczeniu aksjologicznym) w wyniku wypracowania synkretycznej jakości.</p> <p>Pełna wartość rzadko jest możliwa do wypracowania w momencie zakończenia procesu świadczenia usługi. Implikuje więc dłuższą współpracę.</p>

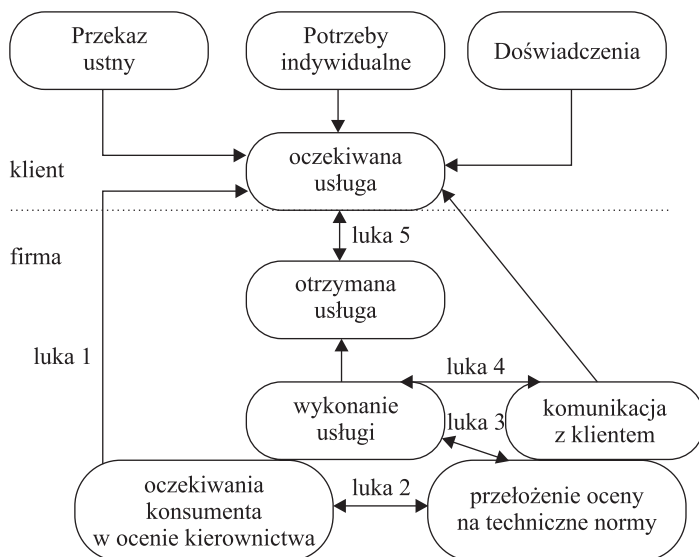
Źródło: Opracowano na podstawie pracy K. Rogozińskiego [2012c] oraz dyskusji na seminarium naukowym w Poznaniu prowadzonym przez K. Rogozińskiego styczeń 2013 rok.

Poziom pierwszy dotyczy badania kryteriów ocen jakościowych. Dokonując weryfikacji ocen jakościowych, należy wziąć pod uwagę model luk pokazujący rozdzwięk między wiedzą profesjonalisty w zakresie świadczenia usługi a jej brakiem po stronie nabywców (rysunek 5.1). W modelu tym zostało zidentyfikowanych pięć sfer, w których mogą wystąpić różnice w ocenie jakości:

- luka 1 – określa różnice pomiędzy oczekiwaniami klienta, a interpretacją tych oczekiwań przez osoby kierujące podmiotem,
- luka 2 – oznacza różnicę występującą pomiędzy interpretacją oczekiwań klientów przez kadrę kierowniczą a normatywną jakością usługi,
- luka 3 – należy ją zinterpretować jako różnicę pomiędzy wyspecyfikowanymi parametrami jakie powinna spełniać usługa, a faktycznym poziomem świadczonej usługi,
- luka 4 – świadczy o dysonansie, jaki może wystąpić pomiędzy informacjami, które otrzymuje klient za sprawą aktywności promocyjnej na temat jakości oferty, a rzeczywistą jakością świadczenia,
- luka 5 – ukazuje różnice pomiędzy jakością, jakiej klient oczekuje, a tą, którą faktycznie otrzymuje.

A. Parasuraman wraz z zespołem [1986] opracował listę kryteriów stosowanych przy ocenie jakości usług:

- wymiar materialny – rozumiany jako wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, środki przekazu, strój i zachowanie personelu,



Rysunek 5.1. Model jakości usług

Źródło: Parasuraman, Zeithaml i Berry 1986, s. 44.

- niezawodność usług – zdolność dostawcy do świadczenia usługi w sposób kompetentny i niezawodny,
- reakcja na oczekiwania klienta – oznacza chęć udzielenia pomocy klientowi, a także szybkość reakcji na oczekiwania świadczeniobiorcy,
- fachowość i zaufanie – dotyczy merytorycznego przygotowania kadry świadczeniodawcy i umiejętności zdobywania zaufania klienta,
- empatia – wiąże się z umiejętnością zindywidualizowanego podejścia do klienta i spełnienia jego oczekiwań.

Na gruncie powyższych kryteriów opracowany został kwestionariusz SERVQUAL, który ma umożliwić ocenę jakości usług. Celem opracowania kwestionariusza było zidentyfikowanie i zinterpretowanie możliwych do wystąpienia rozbieżności w ocenie jakości dokonywanej przez usługobiorcę i usługodawcę. Zgodnie z metodyką SERVQUAL, jakość w percepcji usługobiorcy to jakość *przed i po* świadczeniu. Jest to jakość oczekiwana i wyobrażana, skonfrontowana następnie w trakcie świadczenia z jakością doświadczoną. Ta ostatnia zostaje potwierdzona przez nabywcę w czasie trwania pełnego cyklu obsługi [Rogoziński 2012c, s. 221].

Pacjenci, dokonując ocen jakościowych, opierają się na subiektywnych doznaniach przez pryzmat tych elementów, które mogą ocenić. Jednostkowe sądy wartościujące powodują, że tyle, ile jest osób, tyle jest opinii dotyczących preferencji. Natomiast profesjonaliści dokonują oceny świadczonej usługi z zupełnie innej perspektywy, osadzając swoje osądy w praktyce oraz normach i standardach postępowania. Odrzucając zabieg polegający na prostym przeciwstawieniu jakości obiektywnej (profesjonalisty) jakości subiektywnej (pacjenta), można dokonać próby wypracowania **synekretycznego podejścia do jakości usług**. Biorąc pod uwagę te zupełnie odmienne perspektywy, istotne staje się przede wszystkim przewyciężenie subiektywistycznych ocen pacjentów. Jest to zadanie niezwykle trudne. Zdaniem K. Rogozińskiego, tym, co niejako od samego początku ustawia eksplikację kategorii jakości, jest takie znaczenie, jakie uzyskuje ona dzięki od początku wyróżniającej ją *ważności*. Z tego, czym w istocie jest *preferowanie* i *stawianie wyżej*, wyprowadzona zostaje *ewaluacja*. Im wyższa wartość, tym głębszy sposób jej odczuwania. W ten sposób można uzyskać szansę przewyciężenia jednostronnej metody badania zachowań i preferencji nabywcy osadzonej na pomiarze satysfakcji [Rogoziński 2012c, s. 216]. Nie jest więc istotne badanie satysfakcji pacjenta, a wyróżnienie kryteriów ocen jakościowych – ważności/istotności danej cechy w opinii pacjenta. Metodą, która tutaj może być przydatna, jest metoda SERVQUAL. Należy podkreślić, że dla pacjenta ogólną wartością, która jest wyznacznikiem jego działań, jest zdrowotność. Oczywiście, stan zdrowia będzie uzależniony od: cech indywidualnych pacjenta, uwarunkowań związanych z przynależnością do wspólnot, które determinują zachowania pacjentów,

relacji międzyludzkich oraz możliwości skorzystania z opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia.

Przewyciężeniem trudności związanej ze zobiektywizowaniem subiektywnych opinii może się stać, przekazywanie wiedzy poprzez *komunikowanie innym* (**poziom II – poziom komunikowania** – por. tabela 5.4). Należy przy tym zauważyć, że profesjonalista nie potrzebuje norm i standardów, aby uwiarygodnić jakość. Normy te staną się jedynie instrumentem, a imperatywem doskonalenia jakości obsługi będzie dążenie do perfekcji wykonania. Dzięki jakości w relacjach możliwe stanie się wypracowanie obszaru kompromisu i wzajemnego akceptowania odmiennych punktów widzenia na jakość. W efekcie takiego rozumienia będzie możliwe wypracowanie synkretycznej definicji jakości usług medycznych określającej poziom jakości świadczenia. Wymaga to odpowiednich dla niej nowych mierników, powstałych wyłącznie na gruncie marketingu relacyjnego, dzięki czemu otwarta zostanie perspektywa aksjologiczna. Przeprowadzając marketingową eksplikację pojęcia jakości w usługach medycznych, uzyskujemy takie znaczenie, które doprowadza do wypracowania jakości jako kategorii kompromisowej (*model luk* w celu zniwelowania rozbieżności), wspólnej wartości wypracowanej zarówno przez profesjonalistę, pacjenta, jak i zespół osób, które przyczyniają się do organizacji procesu świadczenia usługi (rysunek 5.2).

W związku z powyższymi konstatacjami, konieczne staje się wbudowanie jakości w projektowanie usługowego produktu i postrzeganie pełnego cyklu obsługi – poziom III (tabela 5.4). Pojęcie *cyklu aktywności nabywcy* (CLAN) zostało wprowadzone do polskiej literatury przedmiotu jako autorska propozycja K. Rogozińskiego. Cykl aktywności nabywcy podkreśla, że nabywca jest rzeczywiście aktywny, a aktywności są danymi wyjściowymi dla usługodawców, a więc do nich musi dostosować swoje działania i zachowania; następuje dowartościowanie fazy nabywania. Poczynając od fazy nabywania, klient zaczyna doświadczać momentów prawdy, tzn. świadomie wchodzi w relacje z reprezentantem usługodawcy w fazie świadczenia. Nabywca ma do spełnienia trzy kluczowe zadania, a mianowicie: jest współprojektantem usługowego produktu, współwytwórcą, a także jest ekspertem od jakości usług. Istotnym elementem jest poznanie kryterium prawdy, gdzie prawda usługodawcy staje się prawdą usługobiorcy [Rogoziński 2000, s. 94–99]. Projektowanie procesu świadczenia usługi powinno być oparte na usługowych kompetencjach profesjonalistów. Kompetencjach rozumianych nie tylko w kategoriach obowiązków zawodowych, ale też jako powołanie do wykonania odpowiednich społecznie wyróżnionych zadań. Oznacza to nie tylko poprawność czy też bezbłądność świadczenia, ale przemyślane kształtowanie jego wewnętrznych składowych, odpowiednich proporcji między rdzeniem a elementami tworzącymi obudowę produktu usługowego, materialnymi i niematerialnymi komponentami. Atrybutami obudowy produktu staną się kryteria ocen jakościowych. W takim kontekście interpretacyjnym odrębnego znaczenia

nabiera możliwość samorealizacji usługodawcy, która prowadzi do autentycznego mistrzostwa. Dla wykonawcy doskonalenie obsługi nabywcy może być jednocześnie drogą i formą samorealizacji. Istotnym elementem może być stałe weryfikowanie kompetencji oraz wzbogacenie wiedzy o *istnieniu* (szczególnym sposobie bycia) nabywcy [Rogoziński 2012c, s. 216]. Zdaniem B. Filipiak i A. Panasiuka, z istoty procesów wynikają następujące implikacje: proces ma swoją strukturę

Tabela 5.5. Charakterystyka tworzenia wartości wspólnie z klientem

Nie jest współtworzeniem wartości	Jest współtworzeniem wartości
1. Koncentracja na potrzebach klienta	1. Nie ma nic wspólnego z dostarczaniem przyjemności klientowi, ale jest włączeniem klienta w sedno procesu wytwarzania rdzennych wartości
2. Nadawanie deklaracji ideowej formy hasła: <i>klient nasz pan</i>	2. Współplanowanie produktu z jednoczesnym określeniem poziomu zaangażowania nabywcy
3. Dogadzanie, rozpieszczanie klienta	3. Współudział w diagnozowaniu sytuacji, rozpoznawaniu problemu, który wykonawca miałby rozwiązać
4. <i>Mass customization</i> – która może być wynikiem rozwiniętych łańcuchów dostaw	4. Rekonstrukcja „wysokiego kontekstu” w celu „problematyzacji” zlecenia
5. Wmanewrowanie klienta w samoobsługę	5. Spersonifikowane relacje umożliwiające porozumiewanie się, powiększające bogactwo jednostkowych doświadczeń
6. Angażowanie klienta w „negocjowanie” z góry zaplanowanych, arbitralnych, sposobów realizacji zlecenia	6. Współudział w realnych procesach dopełniania wartości: ekonomicznej – etyczną; poznawczej – użytkową; funkcjonalnej – estetyczną itd
7. Wzbogacenie oferty ułatwiającej różnicowanie i rozpoznawanie produktów	7. Rozwijający się i pogłębiający dialog warunkujący porozumiewanie się
8. Systematyczne badania marketingowe i będąca ich następstwem precyzyjna segmentacja	8. Świadomość i doświadczenie udziału w rzeczywistym tworzeniu, przewyciężanie negatywnych skojarzeń z syndromem <i>ad-hoc-kracji</i>
9. Doświadczenia nabywane w fazie kupowania/zbywania produktów	9. Strukturalna obiektywizacja doświadczeń zbiorowych, stymulująca ujawnianie się jednostkowych zdolności wytwórczych
10. Innowacje zmierzające do aktywizacji popytu	
11. Współtworzenie wartości nie ma nic wspólnego z <i>outsourcingiem</i> polegającym na ograniczaniu zakresu własnej działalności wytwórczej w celu racjonalizacji struktury kosztów	

Źródło: porównanie opracowane przez K. Rogozińskiego na podstawie: Prahalad i Ramaswami 2004.

(zasoby, działania, zadania, zdarzenia, które są ze sobą we wzajemnym związku), ma charakter dynamiczny i aktywny (z jednej strony dynamika oznacza, że proces jest zbiorem działań, które odbywają się w czasie, z drugiej – pojęcie procesu w naturalny sposób jest związane z działaniem), jest działaniem celowym (celem jest wytworzenie określonej wspólnej wartości) [Filipiak i Panasiuk 2008, s. 40].

Do tego momentu wywodu klient był traktowany jako jednostka – pacjent (choć pacjent nie jest jedynym przedstawicielem grupy klientów zewnętrznych podmiotu leczniczego). Istotne jest, jak w stosunku do pacjenta rozkłada się wartość. Można ją rozumieć w trojaki sposób. **Wartość klienta** mierzona jest najczęściej jego siłą nabywczą oraz poziomem lojalności. Za sprawą marketingu relacyjnego w szacowaniu wartości klienta uwzględnia się także perspektywę dłuższej współpracy, czyli wartość klienta jest jego wartością finansową oszacowaną z uwzględnieniem potencjału współpracy. **Klient staje się wartością dla podmiotu. Wartość dla klienta** powinna być także **wartością dla wytwórcy. Wartość w rozumieniu klienta** to rozpoznanie tego, co ma wartość dla klienta, co przez preferowanie za wartość uznaje, w czym, jego zdaniem, wartość się pośrednicza lub na jakie jakości się przekłada [Rogosiński 2012c, s. 278].

Tak jak wymiary wartości można odnieść do pacjenta, podobnie mogą one się stać wymiarami wartości dla pracownika (jako klienta wewnętrznego), na przykład są to wartość pracownika wraz z kapitałem intelektualnym czy wartość dla pracownika, wartość w rozumieniu pracownika. Przy tym nie można mylić: u pacjenta bezwładu (konieczności korzystania) z lojalnością, u pracownika: konieczności związanej z podejmowaniem aktywności zawodowej z zaangażowaniem w proces świadczenia usługi. Charakterystykę tworzenia wartości wspólnie z klientem przedstawiono w tabeli 5.5.

Na ostatnim **poziomie IV** (tabela 5.4) tak skonstruowany **usługowy produkt staje się obiektywnym dobrem. Staje się wartością**. Kategoria dobra jest jednym z trzech wymiarów w aksjologicznym podejściu do wartości. Wymiary te stanowią triadę: *Prawda, Dobro i Piękno*. *Prawda* ujawnia taki byt, jakim jest, ale odsłania również *Dobro*, jakim powinno być. Staje się także niezbędnym warunkiem rozpoznania wspólnego dobra. *Prawda* pozwala człowiekowi rozpoznać *Dobro*. *Dobro* natomiast jest powszechnie stosowanym synonimem wartości. Jest nim to, czego wszyscy pożądamy. *Dobro* jednak przejawia się tylko w człowieku i poprzez człowieka, tym bardziej że nie tylko wprowadza ono kontekst etyczny, ale też otwiera człowieka na inny wymiar rzeczywistości. Natomiast *Piękno* można interpretować w kategoriach: estetycznych oraz jako kategoria tworząca zwieńczenie pozostałych dóbr triady. Piękne może być również czyjeś zachowanie albo też sposób wyrażania myśli [Rogosiński 2012c, s. 69 71]. Oczywiście, pełna wartość rzadko objawia się w momencie zakończenia świadczenia, implikowana będzie dłuższą współpracą pomiędzy usługodawcami a usługobiorcami (rysunek 5.4).



Rysunek 5.2. Przejście od jakości (Q) do wartości (V)

Źródło: Rogoziński 2012c, s. 224.

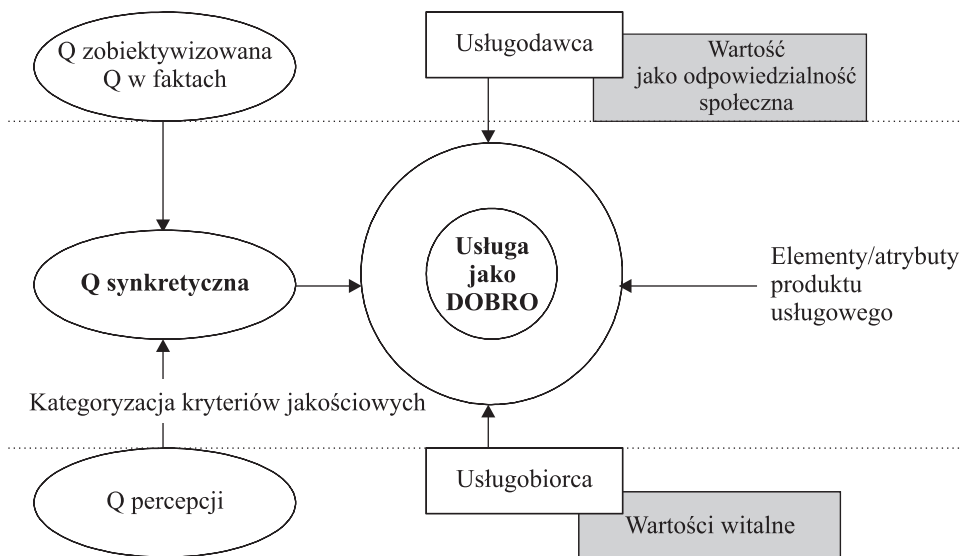
W takim wypadku nabywca z arbitra oceniającego jakość przekształca się w wartościującego nabywcę – **od współarbitra do współkreatora procesu**. Dobrem staje się odzyskane zdrowie, wartością – zdrowie jako stan równowagi. Przejście od jakości do wartości, z uwzględnieniem stopnia zatrzymania klientów i jednocześnie poziomem jego satysfakcji, pokazuje rysunek 5.2.

Na bazie jakości cząstkowych można zarysować możliwość przejścia od jakości subiektywnej do wspólnie wypracowanej wartości, która będzie zwieńczeniem współpracy. Wartość będzie więc funkcją jakości profesjonalisty, relacji i jakości subiektywnej pacjenta.



Rysunek 5.3. Próba synkretycznego ujęcia jakości w usługach medycznych w ramach podmiotu leczniczego

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 5.4. Proces kreacji usługowego produktu jako dobra

Źródło: Opracowano na podstawie dyskusji na seminarium naukowym w Poznaniu prowadzonym przez K. Rogozińskiego, styczeń 2013 rok.

Jako podsumowanie można przytoczyć wypowiedź K. Rogozińskiego, który uważa, że człowieka w organizacji usługowej należy potraktować nie tylko jako twórcę wartości (był nim *homo oeconomicus* postrzegający wartość z utylitarnej perspektywy), ale też jako współtwórcę *Wartości*¹. Pojawia się wówczas *homo capax* (obdarzony zdolnościami), który jest człowiekiem wezwanym i ustanowionym, by swoimi zdolnościami mógł sprostać wyzwaniu skierowanemu od innego Ty lub rozbudzonemu w wyniku przyciągającego oddziaływaniu Wartości [Rogoziński 2012c, s. 427].

5.2. Nowe kompetencje pracownika w procesie restrukturyzacji

Łatwo zbudować warsztat, ale trudno zbudować załogę – przysłowie chińskie

Przedstawiona w poprzednim podrozdziale próba przejścia od subiektywnej jakości do wartości będzie możliwa pod warunkiem ukształtowania nowych kompetencji personelu. W takim kontekście możliwe będzie przełamanie dysproporcji między asymetriami (nie tylko informacyjnymi), ale szczególnie w relacjach między usługodawcą i usługobiorcą, oraz możliwa się stanie zmiana relacji z otoczeniem.

¹ Wielka litera w słowie Wartość, oznacza, że wychodzimy poza wartość użytkową i wymienną.

W procesie kreacji wartości w podmiocie leczniczym kluczowym elementem staje się zjawisko intersubiektywnej komunikacji oraz projektowania usługowego produktu. Rozwijanie nowych kompetencji podmiotu leczniczego może się odbywać jedynie poprzez zmianę kompetencji pracowników (lub ich wzbogacenie, uzupełnienie). Za kompetencje B. Nogalski uznaje: *konglomerat zdolności, wiedzy, wykształcenia, doświadczenia, innych predyspozycji i cech osobowości* [Nogalski i Śniedeki 2001]. A. Rakowska [2007, s. 47], odnosząc się do kompetencji menedżerskich, podkreśliła, że stanowią one swoisty potencjał, którym dysponuje menedżer; są nimi umiejętności, wiedza i osobowość. O skutecznym uruchomieniu tego potencjału decydują: czynniki wewnętrzne, związane z organizacją, czynniki zewnętrzne – związane ze środowiskiem, w którym ta organizacja funkcjonuje, oraz czynniki osobowe menedżera – opisujące poziom aspiracji menedżerów [Finkelstein i Hambrick 1996, s. 27, za: Nogalski 2008, s. 121]. Tak jak istotne jest rozwijanie kompetencji menedżerskich, podobnie szczególnie znaczenia nabiera zwrócenie uwagi na nowe kompetencje profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek) zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą i ukierunkowanie ich na wartość. Jak wskazuje B. Nogalski, proces kształcenia podyplomowego jest procesem niezwykle trudnym, gdyż dotyczy działań społecznych, które dotychczas były regulowane zupełnie innymi – nierynkowymi – zasadami. B. Nogalski, dokonując analizy programów kształcenia studiów podyplomowych kierowanych do kadr medycznych, szczególnie podkreśla konieczność skorelowania wiedzy z zakresu zdrowia publicznego z wiedzą z zakresu zarządzania [Nogalski 2008, s. 124]. Analiza ta doprowadza do dalszych wniosków, które powinny być wyeksponowane. Jednym z nich jest to, że wykreowanie właściwych postaw powinno prowadzić do wyeksponowania istotności kategorii wartości.

Potwierdzeniem takiego podejścia są wyniki badań sieci agencji ECCO International Public Relations Ltd. przedstawione w raporcie *International Index of Corporate Values 2013*. Jest to trzeci raport, po wydanych w 2006 i 2009 roku. Badanie zostało przeprowadzone w 4000 przedsiębiorstwach, 13 krajach i 14 sektorach, a jego celem było zweryfikowanie wśród pracowników, jakie słowa i terminy są używane przez przedsiębiorstwa w celu sformalizowania ich wartości. Wyniki raportu ujawniają, że na pierwszych miejscach pojawiają się innowacyjność i jakość (w 2013 roku właśnie w tej kolejności, raporty z 2009 i 2006 roku wskazywały na odwrotną kolejność: jakość i innowacyjność). Istotniejszym natomiast wynikiem raportu jest kategoryzacja pojęć z zakresu wartości na osiem grup. Pierwsza grupa, *professional values*, to wartości najczęściej wymieniane przez pracowników. Obejmują takie zagadnienia, jak: jakość świadczenia, zadowolenie klientów, doskonałość w świadczeniu usług, *know-how*, duch zespołu (*team spirit*). Do drugiej kategorii należy *competitive values*, a w jej ramach: odwaga, ambicja, konkurencyjność, entuzjazm w działaniu. Trzecia – *behavioral values* – odnosi się

do sposobu działania: zdolności adaptacji, zaangażowania, pasji. Czwarta grupa – *societal values* – to odpowiedzialność społeczna, ochrona środowiska, zdrowie jako wartość społeczna. Kolejne kategorie stanowią *relational values*, a więc sposób komunikowania się: dostępność, poufność, partnerstwo, szacunek, następnie *moral values* oznaczający stosunek organizacji do zagadnień etyki zawodowej, lojalności, wierności zasadom, przejrzystości, i *fulfilling values* – określające odniesienie do jednostkowych cech pracowników: humanizm, rozwój osobisty, talent, atmosfera. Ostatnią ósmą grupę stanowią *social values* oznaczające równość, poprawę jakości, sprawiedliwość i integrację [International Index 2013].

Autorzy pozycji *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia* podkreślają, że najczęściej dyskusja nad wartościami organizacji dotyczy etycznego postępowania i podejmowania decyzji społecznie odpowiedzialnych. Etyka i odpowiedzialność społeczna są niezwykle istotne nie tylko dla pojedynczego szpitala, ale również dla wszystkich obywateli. Istnieją jednak inne wartości, które mogą być specyficzne dla organizacji, opisując zachowanie jej członków w przeszłości lub zachowanie, do jakiego jej członkowie aspirują. Na przykład *American Dental Partners* wyróżnili pięć wartości podstawowych, które stanowią fundament ich działalności: *etykę* (przrzeczenie prowadzenia działalności w sposób uczciwy i sprawiedliwy, z najwyższą prawością,) *relacje* (najważniejsi są ludzie; przrzeczenie odnoszenia się do wszystkich ludzi z szacunkiem i godnością), *odpowiedzialność społeczną* (zobowiązanie do działania w sposób odpowiedzialny, z pełnym uwzględnieniem naszych rodzin, społeczeństwa i środowiska), *odpowiedzialność finansową* (zobowiązanie do postępowania w sposób rozważny pod względem finansowym, z korzyścią dla naszych pacjentów, interesariuszy, oddziałów oraz pracowników) *doskonałość* (zobowiązanie do osiągania najlepszych wyników we wszystkim, co robimy) [Swayne, Duncan i Ginter 2012, s. 251].

W podmiotach leczniczych do tej pory sfera zarządzania zakładem odróżniała się znacząco od sfery pracy na oddziale z pacjentami. S. Shortell i A. Kaluzny opisują mentalność menedżerską odróżniając ją od mentalności klinicznej. Obrazuje to tabela 5.6.

Wypracowanie nowych kompetencji pracowników zmierza do udoskonalenia wartości wypracowanych przez pracowników i przejście z poziomu klinicznego na zupełnie nowy wymiar menedżerski. Już w rozdziale 2 zasygnalizowany został problem wypracowania nowych kompetencji kadry kierowniczej ze względu na funkcję, którą spełniają w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Nowe obszary kompetencji powinny się odnosić przede wszystkim do nabywców – usługobiorców i polegać na marketingowej interpretacji jakości, prowadzenia indywidualnego klienta, komunikowania się, badania poziomu zaangażowania i satysfakcji. Obszar kompetencji usługodawców, czyli personelu, obejmuje zatrudnienie, zarządzanie personelem kontaktowym, motywowanie, podział funkcji marketingowych, świadomości odpowiedzialności. Z kolei

Tabela 5.6. Różnica między mentalnością menedżerską a kliniczną

Aspekt	Mentalność menedżerska	Mentalność kliniczna
Podstawowa wierność interesom	organizacji	klienta
Odpowiedzialność	zbiorowa	osobista
Zależność służbowa	hierarchiczna (pionowa)	kolegialna (pozioma)
Ramy czasowe	długookresowe, przyszłość	krótkookresowe, teraźniejszość
Sprzężenie zwrotne	opóźnione i niejasne	natychmiastowe i konkretne
Tolerancja dla wieloznaczności i niepewności	wysoka	mała

Źródło: Shortell i Kaluzny 2001, s. 142.

kształtowanie potencjału usługotwórczego organizacji powinno się odnosić do form organizacyjno-własnościowych i przestrzeni wytwórczej jako areny prezentacji. Kolejne dwa obszary to proces świadczenia, a więc realizacji usługowego produktu, diagnozowanie sytuacji, określenie przedmiotu świadczenia, pełny cykl obsługi nabywcy, monitorowanie jakości oraz współpraca z klientem. Ostatni obszar dotyczy środowiska, w jakim organizacja działa – zasięgu oddziaływania czy dobrostanu otoczenia bliższego [Rogoziński 2012b, s. 22].

Tabela 5.7. Nowe kompetencje profesjonalistów

Aspekt	Wartość pracownika
Podstawowa wierność interesom	odpowiedzialność społeczna
Odpowiedzialność	osobista
Zależność służbowa	kolegialna (pozioma)
Ramy czasowe	długookresowe, przyszłość
Sprzężenie zwrotne	natychmiastowe i konkretne
Tolerancja dla wieloznaczności i niepewności	mała

Źródło: Opracowanie własne.

Przy danym poziomie kompetencji rdzennych (medycznych) podstawą do wypracowania nowych kompetencji profesjonalistów będzie etyka czy też raczej moralność. Zdaniem Z Hajduka, w moralności zawarta jest wiedza o człowieku. Respektując moralność, uznaje się określoną hierarchię wartości, która może nie zgadzać się z osobistą, praktyczną hierarchią wartości [Hajduk 2011, s. 156]. W pracy *Prawo ochrony zdrowia* A. Sieńko przytacza Ustawę z dnia 18 lipca 1950 roku o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia. Mimo że ustawa jest aktem prawnym uchwalonym przed sześćdziesięciu laty, jest przykładem ochrony wartości tak uniwersalnej, że zachowała swoją aktualność do dnia dzisiejszego. Ustawa posługuje się pojęciem *wykroczenia zawodowego*, które ustawodawca definiuje w art. 3 jako naruszenie zasad etyki,

godności i sumienia zawodowego. Ze względu na to, że ustawa nie definiuje tych pojęć, należy je interpretować, opierając się na ogólnym znaczeniu słów. Należy pamiętać, że medycyna jest nauką, w której człowiek, jego życie i zdrowie są na pierwszym miejscu. Oprócz odpowiedzialności moralnej, profesjonalści medyczni ponoszą odpowiedzialność prawną. Podstawą odpowiedzialności staje się przede wszystkim art. 17 Konstytucji RP, który jest podstawą tworzenia korporacji zawodowych. Zawód lekarza i pielęgniarki przynależą do grupy zawodów zaufania publicznego [Sieńko 2006, s. 123–124]. Urzeczywistnieniem tego przepisu Konstytucji są akty prawne o randze ustawy (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Artykuł 11 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej w pkt 1 wskazuje, że pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej, natomiast art. 12 stanowi, że przy udzielaniu świadczeń pielęgniarka i położna korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

Zauważyć należy, że podstawą właściwego wykonywania zawodu jest wiedza, opierająca się nie tylko na możliwościach świadczenia usługi, ale też na znajomości podmiotu świadczenia, wymaga tym samym pełnego zaangażowania usługodawcy. Zdaniem M. Hellera, wiedza jest dobrem, zdobywając ją, stajemy się lepsi [Heller 2009b; 2009a, za: Kuciński 2010, s. 194]. Wiedza ukierunkowuje także na wartości moralne. Im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy poziom życia etycznego człowieka [Davis i Aroskar 1983, s. 25]. Etyka jako nauka normatywna, wyjaśniając zakres przedmiotowy swoich rozważań i uzasadniając twierdzenia, określa jednocześnie kryteria moralnych zachowań, co jest jej walorem praktycznym. Wśród podstawowych zasad etycznych, jakie rozpatrywane są w literaturze, wymienia się zasadę szacunku dla osoby (*principle of respect for human dignity*) jako indywidualności, wyklucza paternalistyczno-dyrektywne traktowanie podopiecznych, gdyż sprzeczne jest to z autonomicznym bytem. Miłość do osoby, jako przejaw jej afirmacji, nie zmierza do podporządkowania sobie drugiej osoby, lecz do stworzenia sytuacji przywracających utraconą możliwość samodzielnego wyboru i działania – obywatelności (czynienia dobra) i niekrzywdzenia (*principle of beneficence and non-maleficence*), jest urzeczywistniona poprzez akty czynienia dobra i unikania czynów krzywdzących. Zasada nieszkodzenia nie stanowi jednak ostatecznego motywu do doskonalenia stosunków społecznych, do wzbogacenia postawy moralnej jednostki. Z kolei zasada sprawiedliwości i bezinteresowności (*principle of justice*) stanowi podstawę ocen moralnych, przy równoczesnym uwzględnieniu zasad miłości i odpowiedzialności, zasada odpowiedzialności zaś (*principle of responsibility*) obejmuje nie tylko odpowiedzialność za jednostkę, ale także

odpowiedzialność za zbiorowość w perspektywie przyszłościowej [Wrońska 1997, s. 136]. Szczególnie istotna jest w tym kontekście sfera odpowiedzialności. Zawody medyczne, a szczególnie lekarze oraz pielęgniarki i położne, regulują te sfery w kodeksach etycznych i deontologicznych².

Na tym tle warto dokonać charakterystyki grupy profesjonalistów i administratorów, co przedstawiono w tabeli 5.8.

Zdaniem R. Domżał-Drzewieckiej [2000, s. 63], pracownik zaangażowany w proces doskonalenia obsługi klienta to ten, który nie tylko zna i rozumie sytuację zakładu, skutecznie i otwarcie komunikuje się w nim, zna zakres swoich uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności, co wzmacnia jego samodzielność, empowerment, ale także jest doceniany i nagradzany lub według jasnych reguł karany oraz traktowany przez pracodawcę w sposób podmiotowy. Z kolei według K. Dziubińskiego pośród najważniejszych komponentów jakości w ochronie zdrowia czołowe miejsce powinien zajmować zdrowy, wypoczęty, umotywowany i dobrze wykształcony lekarz i pielęgniarka. W sytuacji pogłębiającego się niedoboru finansowego przenoszenie punktów ciężkości wydatków w kierunku determinant jakości, takich jak: infrastruktura, sprzęt, leki, a zwłaszcza mierniki określające satysfakcję pacjenta z równoczesną marginalizacją doskonalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek, należy uznać za błąd strategiczny, który mimo doraźnych korzyści rynkowych w perspektywie czasu prowadzi do pogorszenia jakości opieki zdrowotnej i wzrostu kosztów. Zapewnienie lekarzom możliwości stałego aktualizowania i poszerzenia wiedzy fachowej skutkuje poprawą bezpieczeństwa pacjenta, poprawą jakości procesów diagnostycznych i terapeutycznych oraz optymalizacją wykorzystania środków finansowych. Bezpośrednią konsekwencją tej zależności jest uznanie, że kształcenie ustawiczne powinno być postrzegane jako wartość publiczna, a nie tylko kapitał indywidualny profesjonalisty [Dziubiński 2007, s. 25]. Istotną rolę personelu podkreśla szczególnie K. Rogoziński w monografii *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*

² Według M. Jolley i G. Brykczyńskiej [1992, s. 20], w pełni odpowiedzialna jest ta pielęgniarka, która wzbudza swoją osobą zaufanie do siebie, do zawodu i do całego systemu ochrony zdrowia. W sposób szczególny te kwestie porusza *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, który już w części ogólnej porusza trzy istotne zagadnienia: (1) zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu, (2) działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej, (3) pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie [*Kodeks etyki zawodowej* 2004, s. 5]. Konkludując, warto zacytować M.M. Styles: *Wierzę w pielęgniarstwo jako zawodową siłę zrodzoną dla dobra społecznego, siłę, która jest odpowiedzialnością za oczekiwania ludzkości, która ukazuje wyraźną, życiową perspektywę, jest zorientowana na wartości i służbę. Wierzę również we wszystkie pielęgniarki, w nasze poczucie odpowiedzialności za nasz rozwój i za oddanie myśli, rąk i serc naszej profesji i ludziom, którym służymy* [Styles 1993, s. 112, za: Wrońska 1997, s. 154].

Tabela 5.8. Charakterystyka profesjonalistów medycznych i administratorów

Działanie	Profesjoniści medyczni	Administratorzy
Zasada pozyskiwania zasobów	Zgodnie ze strukturą potrzeb ustaloną przez profesjonalistów	Racjonalne, planowe wykorzystywanie zasobów
Główny punkt odniesienia	Dobro indywidualnego pacjenta	Zbiorowość pacjentów
Interpretacja nadrzędnego celu	Jakość opieki	Ekonomiczna efektywność
Postrzeganie idei profesjonalizmu medycznego	Naturalna idea, pozostająca w konflikcie z wizją menedżerską	Dążenie do maksymalizacji ograniczania dążeń profesjonalnych dla efektywności i przewidywalności działań
Postrzeganie profesji jako wolnego zawodu	Swoboda praktyki, postępowanie zgodnie z własną interpretacją wiedzy medycznej	Kontrola pracy personelu medycznego
Postrzeganie swobody klinicznej	Ochrona (rozszerzanie) swobody klinicznej	Likwidacja swobody klinicznej
Substytucja pracy wyżej kwalifikowanej	Traktowana z niechęcią i oporami	Dążenie do zastępowania pracy droższej pracą tańszą
Wykorzystanie kadr najwyższej kwalifikowanych	Bezpośredni (częsty) kontakt z pacjentami	Tylko jako konsultanci, z ograniczonym dostępem
Traktowanie standardów dobrej praktyki	Dowolność w traktowaniu standardów – wiedza jako fundament profesji	Obowiązkowe i przymusowe stosowanie standardów
Oferowanie informacji pacjentom	Bardzo niechętnie udostępnianie informacji	Dostarczanie informacji i wspieranie wyborów pacjentów
Stosunek do innowacji	Raczej niechętny (z wyjątkiem atrakcyjnych technologii medycznych)	Wspieranie innowacji
Wykorzystanie formalnych regulacji	Niewielki zakres, swoboda pozostawiana profesjonalistom	Szeroki zakres regulacji, dostateczny poziom szczegółowości, także w stosunku do pacjentów
Postrzeganie bodźców finansowych	Altruizm jako podstawa motywacji	Traktowanie pieniędzy jako źródła motywacji

Źródło: Williamson 2008, za: Włodarczyk 2010, s. 145.

[Rogoziński 2009, s. 96]. Jeden z rozdziałów, zatytułowany *Bez ludzi nie ma usług*, uzmysławia czytelnikowi proces od personalizmu personelu do podmiotowości pacjentów. Badacz wskazuje, że personel organizacji usługowej jest czynnikiem sprawczym nie tylko bezpośrednio w aktywnościach wytwórczych, ale także podkreśla wpływ osobowości profesjonalisty na realizację usługi. Jakość wykonania i poziom obsługi będą wynikiem tego, **jak** się zachowa, **jak** zareaguje personel w danej, specyficznej sytuacji. Dopiero na dalszym planie sytuuje się

co, czyli wyposażenie, wsparcie zaplecza i kapitał finansujący konkretną działalność [Rogoziński 2009, s. 88]. Najbardziej zainteresowany w podnoszeniu jakości opieki zdrowotnej poprzez ułatwienie lekarzom dostępu do doskonalenia zawodowego powinien być świadczeniodawca³.

Inwestowanie w dostęp do wiedzy daje wymierny efekt zdrowotny i ekonomiczny. Skoro podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego jest tak istotnym zagadnieniem, to wątpliwość może budzić podejście ustawodawcy, który – począwszy od stanowisk kierowniczych najwyższego szczebla, aż po szczeble niższe – nie stawia wymogów kwalifikacyjnych, które w pełni predestynowałyby do prawidłowego wykonywania powierzonych zadań w zakresie zarządzania. Na przykład pielęgniarka naczelna – zgodnie z wymogiem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 roku w *sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*, powinna mieć wyższe wykształcenie i tytuł specjalisty z dziedziny pielęgniarstwa lub organizacji i zarządzania. W przypadku, kiedy pielęgniarka/położna legitymuje się tytułem specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania, w zakresie bloku ogólnozawodowego oraz specjalistycznego programu specjalizacji, zapoznaje się z materiałem związanym z zarządzaniem. Wprawdzie programy szczegółowe są oparte na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku, dotyczącym kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, ale wykładowcy mogą przygotować program na podstawie zmian zachodzących na rynku zarówno w kontekście prawnego-organizacyjnym, jak i związanym z zarządzaniem. Sytuacja nieco się komplikuje, gdy pielęgniarka/położna nie zdobyła tytułu specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania, a jedynie ukończyła szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie pielęgniarstwa (np. pielęgniarstwa

³ Polityka zatrudnienia personelu medycznego silnie jest powiązana z polityką zdrowotną państwa. Finanse publiczne decydują w dużej mierze o poziomie zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz o wysokości wynagrodzeń. Wpływ na rynek zawodów medycznych ma także członkostwo w Unii Europejskiej i możliwość nostryfikacji dyplomów (np. dyrektywy Rady: nr 93/16/EWG dla lekarzy, nr 77/453/EWG dla pielęgniarek, nr 80/155/EWG dla położnych). Głównym powodem podejmowania zatrudnienia w Unii Europejskiej są wynagrodzenia. Dysproporcja zarobków w branży medycznej pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej jest tak duża, że wielu lekarzy i pielęgniarek, zwłaszcza po 2005 roku, podjęło pracę za granicą (w dużej mierze w Irlandii i Szwecji). Coraz częściej wskazuje się na braki lekarzy w specjalnościach: anestezjologia i intensywne terapię, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa i pediatria. W 2007 roku wśród studentów piątego i szóstego roku Uniwersytetu Jagiellońskiego na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum, przeprowadzono sondaż w celu zbadania planów dotyczących przyszłości zawodowej studentów. Na pytanie, *czy chcesz wyjechać do pracy w zawodzie za granicę*, tylko 20% ankietowanych zadeklarowało chęć pozostania w kraju i pracy w Polsce, zdecydowana większość, bo aż 65% osób opowiedziało się za migracją, natomiast 155 było niezdecydowanych. Jako główne motywy wyjazdu studenci podali niskie zarobki i trudności w otwarciu specjalizacji. Studenci, którzy planowali pozostać w kraju zamierzają nadal się kształcić, albo z przyczyn rodzinnych nie chcą opuszczać ojczyzny [Kuniewicz 2007, s. 38].

neonatologicznego, opieki długoterminowej, epidemiologicznego, itp., zgodnie z dziedzinami kształcenia podanymi z wymienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2003 roku)⁴.

Optymizmem napawa konkurs Ministerstwa Zdrowia w ramach programu operacyjnego „Kapitał ludzki” 2007–2013⁵, poprzez który przynajmniej mała grupa kierowników średniego i wyższego szczebla będzie mogła nabyć wiedzę z zakresu przekształceń i restrukturyzacji podmiotów leczniczych. Warto dodać, że Ministerstwo Zdrowia w październiku 2011 roku przeprowadziło badanie ewaluacyjne *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*. Badaczy interesowały zarówno indywidualne potrzeby szkoleniowe pracowników, jak i obszary wymagające doskonalenia umiejętności zawodowych z perspektywy kadry zarządzającej. Z przeprowadzonych badań wynika, że pracownicy zakładów opieki zdrowotnej podnoszą kwalifikacje zawodowe co najmniej raz w roku. Szkolenia finansują najczęściej z własnych środków, najczęstszymi zaś utrudnieniami, na jakie natrafiają, są: bariery finansowe, brak czasu, braki kadrowe, brak zastępstwa dla osoby szkolącej się, brak motywacji oraz atmosfera w pracy niesprzyjająca udziałowi w kształceniu. Biorący udział w badaniu zwrócili uwagę na to, że w realizowanych planach szkoleń pomija się niemedyczne czynności w ramach systemu ochrony zdrowia. Wnioski z badań skłoniły Ministerstwo Zdrowia do rozpisania konkursu na studia podyplomowe z zakresu zarządzania.

Zdaniem K. Broclawika [2001, s. 303], wiedza nie jest wystarczająca do skutecznego zarządzania. Konieczne jest opanowanie umiejętności, a umiejętności i wiedza stanowią kompetencje, które mogą być podstawą skuteczności. R. Niżankowski zwraca uwagę, że nie ma bezpośredniej relacji pomiędzy wiedzą, sposobem zachowania a behawiorem. Przekazanie w trakcie wysiłków edukacyjnych nowej wiedzy nie oznacza zmiany behawioru, nawet gdy ta zmiana zależy od jednej osoby [Niżankowski 1998, s. 130]. Przy zarządzaniu podmiotem leczniczym należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, że profesjonalista (kierownik zakładu, menedżer) zarządza innymi profesjonalistami (lekarzami, pielęgniarkami). Tworzą się więc relacje profesjonalista – profesjonalista.

⁴ Szerzej na temat kwalifikacji personelu medycznego pisze M. Dobska [2012, s. 256].

⁵ Priorytet II – Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących. Działanie 2.3. wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Poddziałanie 2.3.4. – Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

5.3. Asymetria relacji profesjonalista – pacjent

5.3.1. Asymetria informacji i inne przejawy dehumanizacji usług medycznych

Działanie profesjonalisty i jego odpowiedzialność za wykonywane świadczenia są podyktowane tym, że usługi medyczne są usługami wyróżnionymi. Historyczny kontekst usług profesjonalnych przedstawia K. Rogoziński, wyjaśniając że *professio-onis* oznacza mistrzostwo, sztukę, głęboką wiedzę z danej dziedziny, ale także powołanie, któremu ktoś się oddaje, wykonując wyróżnioną społecznie profesję (od *professus sum*). Natomiast usługi profesjonalne są współczesnym odpowiednikiem wolnych zawodów, a atrybutami profesjonalizmu są: mistrzowskie opanowanie sztuk i postawa moralna (cnota) warunkująca dochodzenie do mistrzostwa. Atrybuty te powinny być wpisane w szerszy kontekst publiczny. Zdaniem K. Rogozińskiego, profesjonalistą staje się dopiero taki lekarz, dla którego naturalna podatność organizmu na zapadanie w chorobę nie jest jedynym i wystarczającym uzasadnieniem wykonywanej profesji. Warunkami, które muszą być spełnione, aby być profesjonalistą, są wysokie (najwyższe z możliwych) kwalifikacje zawodowe, których posiadanie potwierdzone zostało dyplomem akademickim. W odróżnieniu od innych zawodów usługowych, wprowadzony zostaje obowiązek zrzeszania się, tzn. profesjonalista musi być członkiem organizacji samorządu zawodowego (korporacji). Usługi profesjonalne są zorientowane przede wszystkim – co nie znaczy wyłącznie – na obsługę sfery biznesu, z czego wyciąga się błędny wniosek o braku ich związku z sektorem publicznym. Świadczenie usługi przez profesjonalistę oznacza rozwiązywanie bardzo ważnego dla usługobiorcy problemu, stąd ogromne znaczenie zaufania, jakim obdarza on wykonawcę. Dlatego zawód staje się swojego rodzaju powołaniem, tzn. wykonywaniem szczególnie społecznie wyróżnionej funkcji, dlatego *ethos* profesjonalisty nie może być zdominowany przez biznes. Uzasadnieniem dla wysokiego *ethos* jest odpowiedzialność za sferę publiczną, spełniana i gwarantowana przez korporacyjny nadzór [Rogoziński 2009, s. 23–24, 32, 40–41].

A. Szczeklik w swojej książce *Katharsis*, pisząc o tym, jak to w pierwszych tygodniach nowego tysiąclecia odczytano i ogłoszono kompletny zapis genetyczny człowieka, nukleotyd za nukleotydem, jak to medycyna stała się molekularna i weszła w fazę *post-genomic medicine*, jednocześnie zderza czytelnika z chorobą, cierpieniem i ułomnością ludzkiej natury, którą to na co dzień można zaobserwować na szpitalnych korytarzach. W zakładach nie tylko można spotkać się z bezmiarem cierpień, ale także z nadzieją, nadzieją samych chorych, ich krewnych, przyjaciół dzielących ich ufność w nadejście poprawy, zapowiadającej powrót do zdrowia. W odzyskaniu tej nadziei mają swój udział lekarze, pielęgniarki, którzy potrafią zespolic swoje umiejętności i talent z wytrwałością i życzliwością, by zbudować wspólnotę ludzi chorych i wspólnotę tych, którzy

przychodzą, by ulżyć w cierpieniach. Oddział czy cały zakład powinien więc taką wspólnotę oznaczać [Szczeklik 2009]. Orientacja na dobro wspólne, może się realizować dwojako. Lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym jako pracownik będzie spełniał jej statutowe cele, ale też będzie rozliczał się ze swoim sumieniem (klauzula sumienia) z zakresu powierzonych mu obowiązków [Rogoziński 2009, s. 35]. Postępowanie lekarza/pielęgniarki na oddziale nie sprowadza się więc jedynie do prawidłowego wykonania usługi (choć jest to warunek niezbędny, aby cel leczenia, którym jest poprawa stanu zdrowia, został uzyskany), ale do takiego podejścia i obsługi (marketingowej) pacjenta, aby relacje nawiązujące się między tymi dwoma stronami były wzajemnie satysfakcjonujące. Mocno podkreślił to Cz. Miłosz: „Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdanie będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników” [Miłosz 2009, s. 5]⁶. Chory ma więc prawo oczekiwać, że przedstawiona zostanie mu sytuacja, sposoby jej rozwiązania. Decyzja zostanie w rękach pacjenta [Szczeklik 2009, s. 143]. *Quo vadis medicina?* Znakomitą pozycją, w tym zakresie jest praca J.L. Kurkowskiego *Człowiek i medycyna*. Autor miał niewątpliwie rację, pisząc: „wielka przepaść dzieli zwykłego pacjenta od lekarza. Ile pokory jest w tych zgiętych postaciach w piżamach przechadzających się po szpitalnym korytarzu, ile pychy w białym fartuchu. Jak daleko odeszli niektórzy lekarze od swojego powołania, które nakazało im służyć cierpiącym, jak daleko odeszli od zasady szacunku dla drugiego człowieka – chorego, zgnębnego, zagubionego” [Kurkowski 1997, s. 16] i dalej: „Pomimo starań, aby traktować pacjenta nie tylko fachowo pod względem medycznym, lecz również z uwagą, współczuciem i udzielać mu niezbędnego wsparcia, lekarze odrzucali uczestnictwo pacjenta w procesie podejmowania decyzji. Ten «łaskawy paternalizm» potwierdzony był roszczeniem i przekonaniem lekarza, że on sam potrafi lepiej niż ktokolwiek inny ocenić «interesy pacjenta»” [Kurkowski 1997, s. 17].

A lekarze leczą przecież nie tylko wprawną, uzbrojoną dłońią, lecz także sercem i miłosierdziem – *non solum manu armata – sed etiam conde et misericordia* – oraz przestrzegają zasady, że należy sprawować przede wszystkim troskę nad chorym – *infirmorum cura ante omnia adhibenda est*. M. Szymczak wskazuje, że patrząc na wielowiekowe tradycje i dzisiejszy stan sztuki lekarskiej, niemal za pewnik można przyjąć stwierdzenie, że odwiecznie istniejąca więź pomiędzy medycyną a filozofią i etyką uległa w minionym stuleciu rozluźnieniu. Być

⁶ M. Barański [1995] pisał: *Zazdroszczę uczonym wiedzy, zazdroszczę szamanom rezultatów*.

może jest to nieuniknione rozerwanie dyscyplin naukowych, być może jest to rozerwanie więzi skutkujące utratą przez medycynę małej, ale potrzebnej części człowieczeństwa. Wzajemne relacje między lekarzem a pacjentem dotyczyć powinny nie tylko somatycznego stanu chorego, ale także jego godności. Godności, której poczucie jest zupełnie różne w każdym człowieku. Godności zachwianej w związku z chorobą, procesem diagnostycznym i terapeutycznym [Götting 1961, s. 69, za: Szymczak 2005, s. 39]. Humanistyczne podejście oznacza podejście ludzkie, człowiecze (od źródłosłowa łacińskiego: *homo, humanus* – człowiek, ludzki). Gdzie rozpoczęła się więc dehumanizacja? Zdaniem B. Korsch i C. Harding, zaczyna się ona już od uczelni medycznej, gdzie pierwszym „pacjentem” na zajęciach z anatomii są zwłoki. Na tym etapie inicjacji studenci (mimo przerażenia i wstrętu) dotykają, oglądają i kroją, przy silnym zapachu formaliny i ciągłym polewaniu ciała płynami, aby nie wyschło. Na koniec semestru odsłaniają głowę – i to jest dla nich doznanie wstrząsające, gdyż zaczynają zdawać sobie sprawę, że zwłoki były kiedyś konkretną osobą. Dopiero pod koniec studiów, w trakcie staży, spotykają się z prawdziwymi pacjentami, ucząc się zarazem myślenia o pacjencie jako problemie do rozwiązania, a nie o człowieku. Przy takim toku edukacji i braku „innej” (np. zarządczej, poruszającej także tematykę kontaktów z pacjentami) spotykamy się z profesjonalistą, który zapomniał, że jest człowiekiem i z człowiekiem pracuje. Dlatego też często słyszy się opinie – trafić do szpitala, to jakby znaleźć się na pasie transmisyjnym, który przerzuca nas błyskawicznie do sterylnej krainy niepewności i lęku [Korsch i Harding 1999 s. 154–157]. Zjawiska dehumanizacji w dzisiejszym tego słowa znaczeniu nie były obce przedstawicielom polskiej szkoły rozumowania klinicznego. T. Chałubiński (1820–1889), W. Biegański (1857–1917), E.F. Biernacki (1866–1911), J. Korczak (właściwie H. Goldszmit – 1878–1942) i R.W. Gutt (1921–1988) zwracali szczególną uwagę na potrzebę porządkowania postępowania lekarskiego i dyscypliny intelektualnej, a oprócz pism, swoim postępowaniem przepojonym humanizmem na co dzień pozostawili godne przykłady [Domosławski 2003].

Dla pacjenta choroba jest zagrożeniem lub co najmniej zmianą sytuacji, w której się znajdował, i może to być zmiana istotna. **Układ lekarz – pacjent nie jest układem równym, chociaż brak równości nie wyklucza wzajemności w relacji.** To pacjent przychodzi z prośbą o pomoc, nawet jeśli mu się ona należy. Znajduje się więc w sytuacji zależności od lekarza i nie tylko od niego [Jaruzelska i in. 2005, s. 127]. Układ braku równowagi wiedzy po stronie profesjonalisty (lekarza, pielęgniarki) i pacjenta nazywa się asymetrią informacji. Jak wskazuje J. Sobiech, pacjent jako konsument opieki zdrowotnej nie wie, jaki rodzaj i ile oraz jaka struktura usług jest pacjentowi potrzebna, a dodatkowo tę niekompetencję często pogłębia stan emocjonalny (pacjent postępuje często emocjonalnie, a nawet irracjonalnie, gdy jego zdrowie lub życie jest zagrożone). Brak profesjonalnej wiedzy i niepewność odnoszą się do każdego potencjalnego pacjenta. Oznacza

to, że w wyniku istniejącej pomiędzy pacjentem i lekarzem asymetrii informacji o stanie zdrowia pacjenta i niezbędnych usługach opieki zdrowotnej decyduje lekarz. Lekarz staje się obdarzonym specjalnym zaufaniem „agentem pacjenta” w takich kwestiach, jak diagnoza i metoda leczenia. Zachodząca relacja między tymi dwoma stronami w miarę narastania niepewności i złożoności przypadku chorobowego pacjenta będzie się stawała coraz silniejsza. W efekcie doprowadzi do coraz wszechstronniejszego uzależnienia pacjenta od decyzji i działań podejmowanych przez lekarza: od doradzania lub sugerowania, aż do całkowitego podejmowania decyzji w imieniu pacjenta [Rój i Sobiech 2006, s. 15–16]⁷.

5.3.2. Przywracanie symetryczności relacji

Proces leczenia, w którym spotykają się więcej niż dwie osoby, jest wydarzeniem potencjalnie dialogicznym, czyli takim, które ma wielką szansę, aby być dialogiem prowadzącym do spotkania, angażującym pierwszoplanowo pacjenta i lekarza. Spotkanie w tym kontekście oznacza taką przestrzeń, takie zetknięcie dwóch osób, w których dokonuje się wymiana pomiędzy nimi, czyli coś więcej niż rozmowa, a więc wzajemność, uczestnictwo, przenikanie się nie tylko poglądów i zachowań. Dwie osoby – jedna w roli lekarza, druga w roli pacjenta – wchodzi w relację i może to być relacja wzajemności, dzięki której każda z nich może być bardziej tym, kim jest jako człowiek [Baran 1991, za: Jaruzelska i in., 2005, s. 123]. Relacja lekarza i pacjenta jest uważana za spotkanie dwóch ekspertów – eksperta od wiedzy klinicznej i możliwych metod postępowania medycznego oraz eksperta od wiedzy na temat reakcji własnego ciała, potrzeb i wartości życiowych, które ostatecznie wpływają na postępowanie pacjentów po opuszczeniu gabinetu lekarskiego [Kiljańska 2009, s. 26]. K. Rogoziński podkreśla, że **relacja usługowa, będąc relacją interpersonalną, jest wzajemnym oddziaływaniem (usługodawcy – usługobiorcy) i jednocześnie doświadczaniem tego oddziaływania** w relacji zapośrednicza się usługa, dzięki relacji powstają i utrwalają się więzi między uczestnikami cyklu obsługi, przekształcając ich z klientów w interesariuszy. Na końcu tego procesu praktyka/organizacja usługowa także przekształca się z grupy interesu we wspólnotę interesariuszy **generujących wartość** [Rogoziński 2009, s. 50]. Wspólne tradycje medyczne i etyczne Hipokratesa⁸, chrześcijań-

⁷ Mimo zjawiska asymetrii informacji i przewagi pojawiającej się po stronie lekarzy, K. Pietrzak, opisując zaburzenia relacji pomiędzy lekarzem a chorym i jego rodziną w pracy pogotowia ratunkowego, wymienia relację roszczeniową. Definiuje ją jako przewagę pacjenta nad lekarzem, który groźbą lub agresją usiłuje wymóc na medyku określone zachowania, niebędące podyktowane wskazaniami medycznymi bądź szeroko rozumianym dobrem pacjenta [Pietrzak 2005, s. 72].

⁸ Hipokrates, jako twórca **medycyny systematycznej**, traktował zdrowie jako całość, uznając, że ciało i duszę trzeba badać równocześnie oraz że istnieją prawa duchowe, z których lekceważenia rodzi się dla człowieka niebezpieczeństwo. Dzięki woli człowiek może zawiązać i umocnić harmonię między ciałem, umysłem i duszą, pełnię zaś człowieczeństwa osiąga ten, kto pojmie sens owej harmonii i urzeczywistni ją we własnym życiu [Agrawal i in. 2005, s. 91].

stwa i humanizmu są wyjątkowo niedowartościowane i nie nadążają za postępem technologicznym, ale są korzeniami, z których powinna wyrastać praktyka profesjonalistów. *Dopóki cierpi jakaś istota, nie ma radości dla człowieka pełnego współczucia* [Schweitzer 1932, s. 208, za: Szymczak 2005, s. 46]. To zdanie jest spuścizną pozostawioną przez A. Schweitzera, wpływającą na poczynania współczesnych lekarzy – bycie dla człowieka – człowiekiem, a nie tylko maszyną potrafiącą sprawnie osłuchiwać, opukiwać, dostrzegać zmiany skórne i przekrwione spojówki. A. Schweitzer jako jeden z pierwszych złamał „paradygmat maszyny” dominujący w szkolnej medycynie w czasach jego studiów lekarskich. Zgodnie z tym paradygmatem ciało człowieka rozpatrywane było w kategoriach wysoko skomplikowanej maszyny fizyczno-chemicznej. W związku z tym, choroba była wyłącznie zaburzeniem, uszkodzeniem tej maszyny, a leczenie miało na celu naprawę uszkodzenia, a nie leczenie człowieka [Szymczak 2005, s. 48]. Warunkami dobrej relacji jest zdanie sobie sprawy przez profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarki), że osoba chora, z którą mają do czynienia, funkcjonuje na wielu poziomach: fizycznym, umysłowym, emocjonalnym i duchowym. Proces leczenia dotyczy całej osoby, dlatego ważne jest w procesie diagnozy poznanie chorego, aby móc zrozumieć przyczyny choroby i sposoby jej leczenia. Jeśli potraktuje się pacjenta jako osobę i uzna jego autonomię, powinno się go potraktować jako partnera współodpowiedzialnego za przebieg leczenia [Jaruzelska i in. 2005, s. 123]. W liście otwartym prezes Towarzystwa Internistów Polskich [2006] pisze: „człowiek jest drogą i celem medycyny, niezależnie od tego, czy lekarz jako przedstawiciel specjalności szczegółowej zajmuje się określonym narządem, układem czy komórka, czy też przeciwnie, jako lekarz zajmujący się epidemiologią lub zdrowiem publicznym interesuje się populacjami ludzkimi. Indywidualny człowiek jest zawsze drogą i celem medycyny łączącej w sobie naukę i sztukę leczenia” [Kucharz 2009, s. 82].

Medycyna poprzez rozwój naukowy i technologiczny jest coraz bardziej skuteczna. Personel medyczny koncentruje się na jak najlepszym wykonaniu swoich czynności – dążąc do wysokiej jakości. Pacjent także, oczekując dobrego wyniku kończącego leczenie, podkreśla znaczenie jakości, ale w zupełnie innym kontekście. Szuka takiej formy relacji z drugim człowiekiem, który widzi w nim nie tylko „problemowy” żołądek, wątrobę czy trzustkę, ale człowieka. Czy w obecnych czasach, przy anonimowym systemie, można dostrzec osobowość pacjenta? Jak piszą B.M. Korsch i C. Harding: „jednym z wielu upokarzających, odczłowieczających aspektów pobytu w szpitalu jest to, że pewne prywatne sprawy z naszego życia nagle stają się przedmiotem publicznego zainteresowania. Musimy prosić obcych ludzi o wprawiające w zakłopotanie przysługi – o pomoc w przypadku dokuczliwego swędzenia pod gipsem, o doprowadzenie do toalety lub, co jeszcze gorsze, o podanie basenu. Personel pyta o szczegóły, których pacjent wolałby nie omawiać” [Korsch i Harding 1999 s. 154–157]. Jak wskazuje K. Rogoziński

[2000, s. 41], wysiłek bezgranicznej komunikacji międzyludzkiej jest potwierdzeniem prawdziwości, a więc szczerości intencji. Dotychczasowe (Porterowskie) łańcuchy wartości przekształcają się w konstelację, w której uczestnicy stają wobec siebie twarzą w twarz, nie mając nic do ukrycia.

Marketing relacyjny pojawia się więc u podstaw usługowej aktywności i towarzyszy jej nierozzerwalnie przez cały cykl aktywności nabywcy. „Stan wzajemności”, na którym się opiera, ma świadomie wskazywać uzależnienie uczestników usługowej relacji, wspólnie kreujących produkt. Jak wskazuje W.J. Paluchowski [2002, s. 35], relacja nawiązywana podczas świadczenia usługi jest oparta na zaangażowaniu, zaufaniu i akceptacji współzależności między usługodawcą i usługobiorcą. Rozwija się ona stopniowo – od świadomej identyfikacji relacji przez jej badanie i zgłębianie, narastające zaangażowanie i oddanie, aż do jej rozwiązania i rozpadu. Relacja usługodawcy i usługobiorcy jest relacją interpersonalną, w której ważną rolę odgrywają oczekiwania stron.

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się również sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje bowiem na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii pro jakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale, wykorzystując marketing relacyjny, zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną [Rogoziński 2002, s. 21]. Termin marketing relacyjny został zdefiniowany i objaśniony przez K. Rogozińskiego. **Marketing relacyjny oznacza mobilizację personelu, mającą na celu uczynić z nabywcy nie tylko współwytwórcę produktu (rozumiane go jako „wartość”), ale „związać” go na trwałe z firmą.** Z definicji tej wynika istnienie ścisłej zależności między marketingiem wewnętrznym a skierowanym na zewnątrz oddziaływaniem na klienta [Rogoziński 2000, s. 40]. Takie założenia marketingu relacyjnego kierują zainteresowania na wartość, poprzez doskonałe obsługa klienta. Staje się ona kategorią integrującą marketing z funkcjami zarządzania. Skoro bowiem marketing relacyjny kreuje wartość u swoich klientów, współpracowników i uczestników sieci, to przecież podobne funkcje spełnia zarządzanie przez jakość – Total Quality Management. Już sformułowanie „total”⁹, czyli kompleksowe, całkowite, oznacza objęcie zasięgiem zarządzania wszystkie podmioty (wewnątrz i na zewnątrz) organizacji. Niestety, asymetria informacji i dotychczasowe działania lekarzy nie pozwalały na wypracowanie takich relacji, co gorsza, do niedawna nie wzbudzały one kontrowersji w społeczeństwie, albowiem wynikały z praw przynależnych lekarzowi z racji pełnionej przez niego roli [Tobiasz-Adamczyk, Bajka i Marman 1996, s. 13 i 76]. Tylko lekarz miał w społeczeństwie oficjalnie uznaną umiejętność leczenia choroby. Był i jest jedynym

⁹ *Total – including everything or everyone, comprising the whole* (obejmujące wszystko i wszystkich, całość). Definicja według *The Oxford Reference Dictionary*, Oxford 1991.

uznanym ekspertem uprawnionym do orzekania o zdrowiu i chorobie, przez co zajmował jedną z najwyższych pozycji w hierarchii społecznego uznania. Decyzje lekarza mogły zmienić także kwalifikacje różnych zachowań, np. w przypadku odpowiedzialności za dokonane przestępstwo. Również brak potwierdzenia od lekarza stanu chorobowego odbierał społeczną aprobatę i akceptację chorowania oraz mógł wpłynąć na zmianę statusu społecznego, np. w przypadku orzeczenia o chorobie psychicznej wymagającej odizolowania od reszty społeczeństwa. I w końcu orzeczenia lekarskie mogły zapewnić specjalne przywileje: rentę, zwolnić z obowiązku pracy, odbywania służby wojskowej.

Jak wynika z powyższych rozważań rola lekarza była dotychczas ogromna, a rola pacjenta – całkowicie bierna. To profesjonalista dokonywał wyboru, działał w imieniu i dla dobra pacjenta. Sytuacja daleko idącego podporządkowania pacjenta lekarzowi, ze względu na dobro tego pierwszego, jest określana przez socjologów jako relacja paternalistyczna, a przez ekonomistów jako relacja „ustanowionego pełnomocnika”. W płaszczyźnie poglądów społecznych zapoczątkowany został proces przewartościowania, który oddala społeczeństwo od akceptacji dominacji profesjonalisty. D.W. Light rozszerza i dokładnie analizuje tę sytuację w kilku wymiarach:

- *ideologicznym* – postępująca zmiana prowadzi od uświęconego zaufania do lekarzy do podejrzliwości co do wartości, decyzji i kompetencji,
- *ekonomicznym* – w przeszłości akceptowano pełną swobodę lekarzy w podejmowaniu działań uznawanych za najsluszniesze, podejmowaniu decyzji o preferowanych formach technicznych; akceptowano również zasadę przemieszczania środków finansowych wewnątrz instytucji, pomiędzy różnymi celami i ich wydatkowaniem; w nowej orientacji dąży się do zawierania kontraktów na ściśle określone zadania, przy ocenie wykonawców za efektywność tych działań,
- *politycznym* – wcześniej zalecano tworzenie silnej regulacji prawnej i administracyjnej umożliwiającej profesjonalistom samodzielną organizację pracy w sposób, dzięki któremu eliminowano konkurencję z działań medycznych i zniechęcano do stosowania ocen opartych na efektywności; obecnie zachowuje się prawo do samodzielności bez wpływu na organizację pracy, zasad finansowania i wynagradzania,
- *klinicznym* – następuje przechodzenie od uprawnień kontrolnych profesjonalistów w sferze decyzji klinicznych do szerokiego systemu monitorowania ich prawidłowości, kosztu i skuteczności medycznej,
- *technicznym* – w starym podejściu zgadzano się na istnienie silnych bodźców zarówno politycznych, jak i ekonomicznych sprzyjających wprowadzaniu nowych technologii w warunkach protekcyjnych,
- *organizacyjnym* – jego treścią jest przechodzenie od zasady lekarzy praktykujących samodzielnie do systemów zorganizowanych i zarządzanych,

- *cech negatywnych* – dotychczas głównym zagrożeniem były wysokie koszty, zbędne zabiegi, fragmentacja procesu leczenia, depersonalizacja; w warunkach nowej ideologii głównym zagrożeniem staje się ograniczenie świadczeń, utrudniony dostęp, obniżona jakość, a także wzrost obciążenia pracą ambulatoryjną [Light 1991, za: Włodarczyk 1996, s. 283–284].

Relacje lekarz – pacjent są stosunkami społecznymi, które mogą się układać w sposób symetryczny lub asymetryczny. Te ostatnie występują wówczas, gdy partnerzy reprezentują zróżnicowane siły lub gdy jeden z partnerów dąży do dominacji nad drugim. Stosunki społeczne pomiędzy lekarzem a pacjentem określić można jako system unormowanych oddziaływań pomiędzy nimi, zachodzących na płaszczyźnie związanej z sytuacją zdrowotną pacjenta. Pacjenci wchodzą świadomie w określone stosunki i zależności społeczne, w trakcie których partnerzy starają się wzajemnie nakłonić do oczekiwanych zachowań [Tobiasz-Adamczyk, Bajka i Marman 1996, s. 31]. Mówiąc o relacji lekarz – pacjent, należy podkreślić, że te dwie strony mają wspólny cel, którym jest poprawa lub ochrona zdrowia pacjenta. Lekarz podchodzi do choroby w sposób obiektywny i naukowy, a pacjent subiektywnie, z dużą dozą emocji. Celem działań lekarza jest rozpoznanie przyczyny, postawienie diagnozy i ustalenie przebiegu leczenia. Ze względu na to, że pacjent nie ma wiedzy medycznej, za prawidłowy przebieg leczenia (czy też interakcji) obarcza się profesjonalistę. Od niego bowiem zależy, czy współpraca między nim a chorym będzie się układać harmonijnie, z korzyścią dla obu stron, czy też będzie pełna napięcie, stresów i nieporozumień. Ze względu na rozwój świadomości konsumenckiej pacjenci zaczynają domagać się innego traktowania, jednocząc się w federacjach czy innych organizacjach.

W wielu systemach opieki zdrowotnej orientacja ku konsumeryzmowi jest silna, co nieuchronnie wiąże się z przewyciężaniem starego podejścia paternalistycznego¹⁰. Wydaje się, że można mówić o kształtowaniu się pewnego syndromu

¹⁰ Słowo **paternalizm** pochodzi od łacińskiego *pater* – *ojciec*. Według G. Dworkina paternalizm jest naruszeniem czyjejś wolności postępowania, które uzasadnia się racjami odnoszącymi się wyłącznie do dobra, powodzenia, szczęścia, potrzeb interesów bądź wartości osoby poddawanej przymusowi [Dworkin 1998]. Paternalizm reprezentuje w medycynie autorytarne podejście do chorego. To lekarz decyduje, jakie leczenie jest dla chorego najlepsze. Autonomia pacjenta jest bardzo ograniczona albo nie ma jej wcale. O paternalizmie mocnym mówimy wtedy, gdy decyzja podjęta przez pacjenta, który ma zdolność do decydowania o sobie, nie jest brana pod uwagę przez lekarza. W tej odmianie paternalizmu decyzja lekarza ma priorytet i lekarz postępuje wbrew woli chorego. W paternalizmie słabym decyzja lekarza jest ważniejsza niż decyzja chorego, ale wynika to z faktu, że pacjent utracił zdolność do samodecydowania o swoim zdrowiu i życiu [Arrigo 1992/1993]. Według L.T. Beauchampa w pewnych sytuacjach paternalizm jest dopuszczalny. Takie sytuacje występują, gdy: (1) brak interwencji lekarza lub niestosowanie się chorego do zaleceń lekarskich może spowodować u chorego ryzyko związane z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub nawet śmiercią (np. brak zgody chorego na operację pękniętego tętniaka aorty brzusznej na pewno doprowadzi do jego śmierci), (2) ryzyko wystąpienia powikłań po interwencji lekarskiej jest niskie, (3) podczas interwencji ryzyko ograniczenia autonomii chorego jest minimalne [Beauchamp 1978].

„wyzwalania pacjenta”, w którym występują tendencje do zastępowania kategorii potrzeby przez kategorię popytu, a systemowego planowania – przez alokację opartą na indywidualnych wyborach [Włodarczyk 1998, s. 26; Hebanowski, Kliszcz i Trzeciak 1999, s. 41–42]. Należy pamiętać, że lekarz za każdym razem wchodzi w relację z innym człowiekiem, osobą ludzką żyjącą w komunikującym się społeczeństwie, obdarzoną wolnością wyboru, odmiennością preferencji, przedsiębranych celów, talentów, uczuć, nadziei oraz idei. Osobą zawsze wyjątkową, niepowtarzalną zarówno biofizycznie, jak i psychicznie, wyposażoną w poznawczy i twórczy umysł, która ze względu na przyrodzoną godność wymaga poszanowania własnej autonomii, samostanowienia [Wulff, Pedersen i Rosenberg 1993]. Wcześniejszy, zawsze umowny stosunek lekarz – pacjent, oparty na dwustronnym zaufaniu, zmienia się w regulowany coraz częściej szczegółowymi przepisami kontrakt: służba zdrowia – społeczeństwo, w którym dominuje kryzys zaufania i w którym nie udaje się wciąż opracować uniwersalnych zasad odpowiedzialności zbiorowej [Gibiński 1994, s. 5]. Lekarz, który łamie prawo pacjenta do samodecydowania o swoim zdrowiu i życiu, naraża się na konsekwencje prawne zapisane w art. 44 kodeksu cywilnego. Artykuł ten stanowi, że: „w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia, a zgodnie z art. 445 § 3 sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej” [Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny]. W 1995 roku z inicjatywy Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia oraz po zatwierdzeniu przez Kongregację Nauki i Wiary, została opublikowana w Watykanie *Karta Pracowników Służby Zdrowia* [Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia 1995]. Zdaniem T. Biegasa, wpisuje się ona w obszerną refleksję Magisterium Kościoła, w tym szczególnie Jana Pawła II, nad etyką w ogóle, a w szczególności etyką medyczną. Dokument ten nie jest wyrazem zaleceń etycznych, ale obszernym kodeksem deontologicznym służby zdrowia. Wprowadzenie do *Karty* zatytułowane *Służby życia* odpowiada na pytanie, czym jest działalność medyczna, kim jest lekarz i chory, jakie są istotne cechy relacji lekarz – pacjent. Działalność medyczna nie jest według *Karty* tylko czynnością techniczną, lecz powołaniem życiowym i misją do spełnienia. „Zawód, powołanie i misja spotykają się ze sobą, a w chrześcijańskiej wizji życia i zdrowia integrują się wzajemnie” (pkt 4). A pkt 2 wcześniej: „chory nigdy nie jest dla niego (lekarza) tylko przypadkiem klinicznym – autonomiczną jednostką, na której

Najczęstszymi przejawami paternalizmu medycznego są między innymi: domniemanie zgody chorego ma wykonanie procedury medycznej, wprowadzenie w błąd pacjenta, stosowanie przymusu, zatajanie prawdy lub w skrajnych przypadkach nawet okłamywanie chorego [Wroński i in. 2008].

stosuje posiadaną wiedzę – ale zawsze człowiekiem chorym, do którego podchodzi ze szczerą postawą sympatii. Nie wystarczy biegłość naukowa i zawodowa, ale potrzeba tu osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta”. Pacjent jako osoba jest traktowany integralnie. Dobro pacjenta jest więc szersze niż dobro medyczne [Biegas 2006, s. 20–24]. W świadczeniu usługi dochodzi do interpersonalnej relacji, która jest wyjątkowa: jest to bowiem spotkanie między *zaufaniem* i *sumieniem*. Zaufaniem chorego człowieka i sumieniem osoby, która odpowiada na potrzeby pacjenta. Usługa nie może się w pełni realizować, jeśli nie stawia się na służbę jedności psycho-fizycznej. Zawód pracownika służby zdrowia jest misją, a więc powołaniem, a świadczenie usługi jest odpowiedzią na transcendentalne zaproszenie zobiektywizowane w cierpieniu i błagalnej twarzy pacjenta. Usługa staje się aktem służby [Honings 2011].

Bycie lekarzem jest zobowiązaniem szczególnego rodzaju, ze względu na to, że jest to zawód wymagający rozległej wiedzy i umiejętności posługiwania się nią w krytycznych dla pacjenta momentach, wymagających dużego samozaparcia i wysiłku, w którym zmęczenie i wyczerpanie rutynowymi czynnościami z rzadka tylko okraszzone jest satysfakcją. Jednocześnie zaliczenie do grona profesjonalistów jest równoznaczne ze znacznie wyższym niż przeciętnie prestiżem społecznym, któremu trzeba sprostać. Pozostając w służbie publicznej, lekarz jest oceniany przez swoich kolegów, przełożonych, ale oceny dokonuje też pacjent, jego rodzina – lekarz jest przedmiotem stałego zainteresowania opinii społecznej [Kurkowski 2002, s. 99]. Kontakt lekarza z pacjentem nie zawsze jest łatwy, leczenie nie jest *cito, tuto et iucunde*¹¹, jak to określił Asklepios z Bitynii [Szczekliki 2009, s. 142]. Przyczyny wielu skarg to brak: czasu, który trzeba poświęcić pacjentowi, cierpliwości, jaką trzeba się wykazać, wsłuchania się w skargi i dolegliwości pacjenta, umiejętności zadawania właściwych pytań, odróżniania faktów istotnych od błahych, umiejętności zachęcania pacjenta do intymnych wyznań, kojarzenia zdarzeń z odległej przeszłości, wypytywania o styl życia lub szczegóły dotyczące stosowania diety itp. [Kurkowski 2002, s. 102]. Znaczący głos w dyskusję o kształtowaniu się osobowości profesjonalisty wniósł K. Rogoziński. Podkreśla bowiem wyraźnie, że *wielki zwrot* dokonać się może dzięki uświadomieniu, że wykonywanie zawodu profesjonalisty jest powołaniem, a więc odpowiedzialną służbą dla innych, jest wyjściem z labiryntu samolubstwa (dla profesjonalisty), uświadomieniem, że został powołany (*professus*) do wykonania szczególnie odpowiedzialnego zadania. Tak więc zarówno sam profesjonalizm, jak i ukształtowana pod jego wpływem osobowość profesjonalisty przesądzić muszą o sposobie świadczenia usługi. Pojawiającą się tutaj odpowiedzialność K. Rogoziński dzieli na odpowiedzialność *przed* i *za*. W przypadku lekarzy i pielęgniarek odpowiedzialność *przed* będzie oznaczała odpowiedzialność przed osądem koleżeńskim

¹¹ *Cito, tuto et iucunde* pewne, szybkie i przyjemne.

i opinią publiczną. Natomiast odpowiedzialność *za* to odpowiedzialność *za* wykonywane świadczenia zdrowotne, a tym samym *za* obecny i przyszły stan pacjenta. Powyższy sposób formułowania się osobowości profesjonalisty prowadzi do znaczącego wniosku, że **skoro organizacja usługowa (jaką jest podmiot leczniczy) jest wspólnotą ludzi (którzy realizują swoje cele), to kultura organizacji usługowej może być tylko emanacją ich osobowości, a więc każda organizacja usługowa, w tym podmiot leczniczy, będzie nie tylko odzwierciedleniem osobowości profesjonalistów, ale też szczególną wspólnotą, jaką kreują oni w teje organizacjami** [Rogoziński 2001, s. 21–25]¹². To właśnie rolę profesjonalisty będzie taka kreacja tych więzi, aby pacjent angażowany w proces świadczenia usługi, mógł w tym procesie brać czynny udział, świadomie uzyskując jak największą wiedzę. Jawi się więc przeogromna rola profesjonalisty, którego działań nie można rozpatrywać już tylko w kategoriach prawidłowego wykonania usługi czy też stawiać na drugiej osi działań jatrogennych.

Odpowiedzialność *przed* i *za* zaczyna także obejmować *właściwą organizację procesu świadczenia usługi, czyli zarządzanie*. Jest to niezmiernie ważny aspekt dla ekonomistów, a mianowicie odpowiedzialność za proces świadczenia usługi rozumiana jako sprawność organizacyjna. Przydzielanie tej odpowiedzialności wyłącznie administracji, dyrekcji i organowi założycielskiemu (mimo uwarunkowań prawnych) wydaje się nieuzasadnione. Żadna bowiem ze stron odpowiedzialnych za zarządzanie nie spotyka się z pacjentem i jego rodziną na co dzień, nie widzi nie tylko ogromu cierpienia spowodowanego chorobą, ale także cierpienia wywołanego trudnością otrzymania usługi. Przecież relacje profesjonalista – pacjent oddają sedno tego, co odbywa się w podmiocie leczniczym. Usługa jest dla ludzi i przez ludzi świadczona. Powyższe konstatacje prowadzą do dalszego wniosku. Skoro tak istotna jest jakość relacji (w organizacji przekładana na jakość zarządczą), to należy **przetworzyć jakość w wartość**. Wraz z powyższym rozumieniem odpowiedzialności profesjonalisty, pojawia się jeszcze jedna (choć niezwykle znacząca i przesądzająca) kwestia. **Działanie profesjonalisty powinno się odbywać nie we własnym, ale w pacjenta interesie**.

To czysto marketingowe podejście stawiające pacjenta (klienta) w centrum zainteresowania, kłóci się często z brakiem etyki po stronie profesjonalisty i wykorzystywaniem zjawiska asymetrii informacji, a przecież warunkiem do tworzenia wspólnej wartości jest symetria relacji. Na zagrożenie to zwraca uwagę J. Sobiech, wskazując, że lekarz może wykorzystywać swoją przewagę nad pacjentem – wynikającą z posiadanej wiedzy – w celu zwiększenia swojego dochodu. Zjawisko to w ekonomice zdrowia nazywa się mianem *popytu indukowanego podażą*. Lekarz może nakłaniać pacjenta do nadmiernego korzystania z opieki zdrowotnej,

¹² K. Rogoziński w cytowanym tekście ilustruje jungowski proces kształtowania dojrzałej osobowości (indywiduację, opisaną przez M. Bubera) „drogą chasydów”; J. Dzielicki, uznaje, że „każdy popełnia błędy, ale lekarz musi je w porę dostrzec” [Pilecki i in. 2010, motto, s. 126].

zwłaszcza wtedy, gdy jego dochody zależą od struktury i ilości wykonywanych usług. Rozwiązaniem może być interwencja państwa, a więc rozwiązania z zakresu nadzoru nad zasadnością udzielanych świadczeń oraz sam nadzór wewnętrzny menedżerów, przejawiający się w standaryzacji¹³. Standaryzacji, która ma pomóc w wyznaczeniu niezbędnego poziomu wykonania, zapewniającego progową jakość. Pojawia się jednak jeszcze jedno ostrzeżenie, aby nie przestandaryzować, usztywniając tym samym organizację i odbywające się procesy, a kategorii jakościowej nie zmienić w kategorię ilościową. Takie przesterowanie systemu organizacji niosłoby zarazem ryzyko ubezwłasnowolnienia profesjonalisty, a dalej petryfikację procesu realizacji usługi oraz niwelowanie odpowiedzialności profesjonalisty. Brak wpływu na proces projektowania procesu świadczenia usługi zakłóciłoby indywidualizację usługi [Rogoziński 2009, s. 242–245]. Uwzględnienie ryzyka przestandaryzowania nie oznacza niewprowadzania standardów, a jedynie nadanie im wymiaru marketingowego. Od autonomii lekarza do odpowiedzialności jest bowiem droga daleka. Przykładem może być raport I. Kennedy’ego, opisujący sytuację powszechnego zjawiska działań jatrogennych na oddziale kardiologii dziecięcej w Bristolu w latach 1984–1995 [*Learning from Bristol* 2001]. Prowadzone w latach 1998–2001 śledztwo i jego porażające wyniki, sprawiły, że media ogłosiły: *The end of doctor knows best (koniec ery: lekarz wie lepiej)*. Rada ds. Bioetyki Nuffield, w swoim raporcie [Nuffield Council on Bioethics 2006] określiła, że coraz częściej społeczeństwo domaga się przejrzystości i odpowiedzialności we wszystkich sferach działalności zawodowej, coraz bardziej nieufnie traktując profesjonalistów. W odpowiedzi na pojawiającą się krytykę zaczęły powstawać raporty [Knowles, Griebisch i Bull 2007], określające, że podstawą do realizowanych w przyszłości świadczeń powinno być partnerstwo lekarzy i pacjentów [Craft 2007]. Nowy profesjonalizm ma na celu przywrócenie jakości, wartości i zaufania, poprzez badania kliniczne, wytyczne dotyczące poprawności wykonania, ma się skupiać na profilaktyce, edukacji pacjenta. Zdaniem D.W. Lighta, kryzys postaw profesjonalizmu doprowadził do widocznej ekspozycji słabości tradycyjnego modelu opartego na autonomii lekarza, tym samym kierując go w stronę odpowiedzialności. Zmiana paradygmatu określającego charakter pracy zawodowej polega nie tylko na byciu odpowiedzialnym za pacjenta jako jednostkę indywidualną (zdrowie i profilaktyka wraz z edukacją), ale także za cały zespół niosący tę pomoc [Light 2003]. Pisząc o „relacji krzyżowej” w stosunkach lekarz – pacjent, K. Rogoziński wskazuje, że dobry lekarz to lekarz doświadczony w chorobie, dobry pacjent, to ten, który dysponuje wiedzą o swoim problemie zdrowotnym, a nabywanie usługi medycznej traktują wspólnie jako sposób na rozwiązanie tego problemu. Tak więc pogłębiona relacja oznacza zmianę perspektyw odwołującą się do odmienności doświadczeń (pacjent jako

¹³ J. Sobiech nazwał lekarzy „agentami pacjentów”, a menedżerów i właścicieli „agentami profesjonalistów” [Rój i Sobiech 2006, s. 18].

„badacz”, wiedza lekarza jako „przedmiot” świadczenia usługi medycznej) [Rogoziński 2009, s. 65]. Konkludując, należy wyraźnie podkreślić, że jedynie przywrócenie symetrii relacji jest warunkiem współtworzenia wartości, a będzie to możliwe przy uwzględnieniu nowych kompetencji personelu medycznego.

5.4. Rekonfiguracja otoczenia

5.4.1. Kultura organizacji usługowej

Pojęcie **kultury organizacyjnej** zaczęło się pojawiać dopiero w ciągu ostatnich dziesięcioleci. *Kultura organizacyjna* jako koncepcja pojawiła się w literaturze wraz z artykułem A.M. Pettigrewa *O badaniach kultur organizacyjnych* zamieszczonym w 1979 roku w *Administrative Science Quarterly*. Wcześniej terminem tym posługiwali się R.R. Blake i J.S. Monton do opisu stylów kierowania w prowadzonych przez siebie badaniach, opublikowanych w 1964 roku. Określenie *kultura organizacyjna* zostało spopularyzowane w 1982 roku przez książkę T.E. Deala i A.A. Kennedy’ego pod tym samym tytułem. W tym samym roku ukazała się książka T.J. Petersa i R.H. Watermanna, *In Search of Excellence*. W latach dziewięćdziesiątych kultura organizacyjna zdobyła w badaniach nad organizacją status podobny do tego, jaki ma struktura, strategia czy kontrola. Badanie kultury organizacji pozwala wyjaśnić istotę zachowań pracowników w organizacji [Łucewicz 1999, s. 100–101]. Odpowiednio ukształtowana kultura stanowi w organizacjach usługowych jedyną barierę ograniczającą zapędy zmierzające do „absolutyzacji standardów” i staje się „tamą” broniącą przed przekształceniem jej w nową jakościową wersję technostruktury, w której rola usługodawcy sprowadzona zostaje do skrupulatnego wykonywania przypisanych mu obowiązków. Kultura organizacyjna i wyartykułowanie jej ogromnego znaczenia stało się podstawową determinantą wpływającą na prawidłowy rozwój zarządzania przez jakość.

W 1952 roku A.L. Kroeber i C. Kluckhohn przeanalizowali ponad 150 definicji kultury określonych z pozycji antropologii, socjologii, psychologii i innych dyscyplin i doszli do wniosku, że kultura jest ciągle rzeczywistością do wyjaśnienia i jako taka nie może jeszcze wyjaśniać innych rzeczywistości [za: Sikorski 1998, s. 231]. Organizacja ma kulturę i może ona przejawiać się poprzez: wartości, wierzenia, normy, wzorce zachowań symbole, niewidzialne siły napędzające działalność organizacji, niedające się zaobserwować, ale istniejące i działające, system znaczeń, wskazówek, dyrektyw oraz mechanizmy kontrolne zakazujące lub aprobujące pewne zachowania.

L. Zbiegień-Maciąg dokonała przekroju wielu określeń, które mają charakteryzować kulturę organizacji. Na przykład kultura organizacji jest zwyczajowym, tradycyjnym sposobem myślenia i działania, który muszą poznać nowi członkowie,

przynajmniej częściowo go zaakceptować, jeśli sami chcą być zaakceptowani jako pracownicy. Nowi członkowie w mniejszym lub większym stopniu zaczynają się do tego stosować. Sposób myślenia i działania wynika częściowo ze wspólnych podglądów, norm wartości – od typowego ubioru do przestrzegania obecności na zebraniach [Zbiegień-Maciąg 1999, s. 15–19]. A. Parasuraman uważa, że kultura organizacji polega na niepisanych, postrzeganych często podświadomie zasadach, które wypełniają lukę między tym, co niepisane, a tym, co się rzeczywiście dzieje. Dotyczy ona wspólnych poglądów, ideologii, wartości, przekonań, oczekiwań i norm [Zbiegień-Maciąg 1999, s. 15–19]. Zdaniem Cz. Sikorskiego, w naukach o zarządzaniu rozważania nad kulturą podejmowane są zazwyczaj z perspektywy całej organizacji, a nie z punktu widzenia jej uczestników. Konsekwencją takiego podejścia jest lekceważenie indywidualnych postaw i przekonań oraz wysuwanie na plan pierwszy tego, co uważa się za typowe dla całej organizacji. Kultura organizacyjna rozpatrywana na poziomie osobistych doświadczeń ludzi w organizacji ma charakter relacyjny, oznacza bowiem stosunek ludzi do organizacji, jest sposobem postrzegania i wartościowania różnych aspektów rzeczywistości organizacyjnej [Sikorski 2012, s. 13].

Wątek ten rozwija K. Rogoziński, podkreślając, że kultura byłaby niczym, gdyby nie wbudowany w jej centrum pierwiastek bezinteresowności, przybierający postać prawdy, piękna i cnoty. Zatem w najszerszym znaczeniu kultura to uniwersum wartości, w węższym zaś przyjęte i akceptowane przez członków organizacji wartości i trwale przekonania podzielane przez cały personel, którym daje on wyraz w swoich postawach i zachowaniu [Rogoziński 2000, s. 228–229]. Warto więc przytoczyć atrybuty kultury, która – jak podaje L. Zbiegień-Maciąg – jest użyteczna firmom i ich menedżerom. Kultura jest zawarta, ukryta w umysłach i sercach ludzi, bo oni zarówno tworzą organizację, jak i są organizacją. Ma charakter wspólnego dzielenia poglądów, współodczuwania, reagowania. Uwypukla to, co wspólne (a nie to, co różne), scala, jednoczy, stabilizuje, zmniejsza niepewność. To *społeczny klej (social glu)*, spoiwo. Kultura to całość sposobów życia w grupach, całość stosunków międzyludzkich, postaw, wartości, przekonań, norm, sposobów poznawania świata, sposobów reagowania, zaspokajania potrzeb, bezpieczeństwa, pewności, komfortu psychicznego. Kształtuje się i rozwija w procesie. Jest to zjawisko inercyjne (trwa), a jednocześnie samorozwijające się. Istnieje coś w rodzaju „tajnego porozumienia” między ludźmi (*secret agreement*), dotyczącego wspólnego utrzymania określonych zachowań, niestety nawet wówczas, gdy są już niefunkcjonalne i kategorycznie powinny być zmienione [Zbiegień-Maciąg 1999, s. 17]. Według H. Lenartowicz, kultura służy dwóm grupom celów związanych z:

- 1) dostosowaniem się organizacji do otoczenia: (a) ułatwia zrozumienie misji i strategii oraz identyfikację głównego celu organizacji, (b) umożliwia integrację uczestników wokół celów, środków, sposobów i zasobów działania,

- (c) ujednocila sposoby pomiaru i kryteria oceny efektów, (d) ułatwia wypracowanie strategii zmian oraz kierunków i sposobów doskonalenia organizacji,
- 2) wewnętrznym funkcjonowaniem organizacji: (a) oferuje wspólny język i aparat pojęciowy, co usprawnia przekazywanie informacji, (b) wyznacza granice, grupy, kryteria przyjęcia lub odrzucenie, (c) wyznacza zasady władzy, wskazuje na sposób budowania, utrzymania, okazywania autorytetu, (d) sprzyja zaspokajaniu potrzeby bezpieczeństwa i przynależności, (e) zapewnia podstawę oceny zachowań, kryteria nagradzania i karania, (f) oferuje ideologię i wyjaśnienia zdarzeń, redukuje stres i lęk wynikający z niepewności [Lenartowicz 1998, s. 36].

Powyższe konstatacje należy uzupełnić niezwykle istotnymi założeniami odnośnie do organizacji usługowej. Kultura organizacyjna w ujęciu relacyjnym jest cechą przysługującą wyłącznie ludziom. Cecha ta nie dotyczy formalnej organizacji, a jedynie stosunku ludzi do różnych jej aspektów. Do kultury organizacyjnej nie należy nic, co ma charakter formalny i sytuacyjny: decyzje, struktury, technologie, procedury [Sikorski 2012, s. 15]. Ze względu na to, że podmiot leczniczy jest taką organizacją, w stosunku do kultury organizacji należy za K. Rogozińskim przyjąć następujący tok rozumowania. Istnieje autonomiczna wiedza o usługach, zgodnie z którą uwzględniać należy założenia: **bez ludzi nie ma usług, nie ma człowieka poza kulturą, kultura organizacji usługowej jest emanacją kultur osobistych personelu, kultura organizacji usługowej (jako zbiorowego podmiotu) jest synkretycznym ujęciem kultury poszczególnych osób**. Biorąc pod uwagę ewolucję nauki o zarządzaniu organizacjami usługowymi, można wyróżnić trzy zasadnicze fazy przekształceń: marketing usług, marketingowe zarządzanie usługami, zarządzanie organizacją usługową. Dopiero ta ostatnia teoria – zarządzania organizacją usługową – może być zorientowana na zarządzanie wartością. Przy takich założeniach można mówić o kulturowych podstawach zarządzania organizacją usługową. Na tym tle należy zauważyć, że kultura organizacji usługowych będzie sumą poszczególnych kultur: endemicznej, personelu, kluczowych klientów i środowiska [Rogoziński 2012a, s. 99–100, 102–103].

Kultura endemiczna wynika ze swoistości świadczenia usługi. Będzie manifestowana na poziomie merytorycznych zachowań personelu i odnosić się do relacji międzyludzkich i relacji organizacji z otoczeniem. W ramach kultury endemicznej można zaobserwować podstawy kultury o charakterze światopoglądowym (etycznym, aksjologicznym). Są one niewidoczne, a ich istnienie zostanie unaczynione dopiero wówczas, gdy zostaną pogwałcone. Osobnicze normy i wartości określają, co jest w organizacji usługowej uznawane za dobre, a co za złe. Normy te mogą być „moralnym kręgosłupem” organizacji.

Nie można jednak zapomnieć o tym, że kultura organizacji jest sumą kultur osobistych poszczególnych osób (*kultura personelu*), ta zaś oznacza, że tylko dzięki ich nastawieniu/postawie uda się osiągnąć cel, którym jest doskonalenie

obsługi nabywcy. Jednak zmiany w podmiotach leczniczych budzą opory, mimo że są często nieodzowne. Silny opór wynika przede wszystkim z dotychczasowej organizacji pracy i stylu kierowania. Zakłady były bowiem do tej pory administrowane, a nie zarządzane. Brakowało odpowiedzialności za rosnące koszty oraz wydatki, nie była więc konieczna poprawna komunikacja między dyrekcją a pracownikami.

Organizacja powinna dostosować formy zarządzania do subkultur klientów (*kultura klientów*). W usługach medycznych jest to widoczne w przypadku obsługi różnych grup pacjentów. Inaczej zachowywać się będą osoby starsze, po 65. roku życia, inaczej będzie wyglądała obsługa na oddziałach pediatrycznych, a jeszcze inaczej w opiece paliatywnej, gdzie nie tylko istotne będą zachowania i potrzeby pacjentów, ale także bliskich opiekujących się pacjentami w stanach terminalnych

Jeśli chodzi o *kulturę środowiska*, istotnym aspektem jest to, w jakim środowisku działa organizacja usługowa. W odniesieniu do kształtowania kultury organizacji w podmiotach leczniczych można zaobserwować silny wpływ otoczenia:

- zmiany dotyczące przekształceń własnościowych czy wcześniej procesów restrukturyzacyjnych inicjowane są odgórnie – przez Ministerstwo Zdrowia, co nie wywołało pozytywnego nastawienia pracowników, a co za tym idzie, nie stwarzało okoliczności zachęcających do kształtowania kultury organizacji,
- ze względu na odgórny charakter ich wprowadzania, zmiany także nie uzyskiwały wystarczającego poparcia nie tylko ze strony załogi, ale i kierownictwa najwyższego szczebla, co było jednym z najpoważniejszych powodów ich niepowodzenia,
- liczne zakłady stanęły nagle przed wyzwaniem stworzenia niejako od nowa kultury organizacyjnej. Problemem, który pojawia się w większości polskich podmiotów leczniczych, to fakt, że „starzy” pracownicy mają wykreować „nową” – marketingową kulturę organizacji w wersji usługowej.

Wpływ na kształtowanie się usługowej kultury organizacji mogą mieć nie tylko wysokie kompetencje, kwalifikacje kadry zarządzającej, zrozumiałe i szczegółowe zapoznanie pracowników z celami organizacji, ale także przełamanie asymetrii relacji oraz wypracowanie wspólnych wartości z pacjentami.

Badania prowadzone nad kulturą organizacyjną wskazują, że takie umiejętności, jak: dostrzeganie problemów, siła emocjonalna czy wydobywanie z pracowników tego, co najlepsze, są konieczne do tego, żeby kierownik mógł próbować oddziaływać na kształtowanie się określonej kultury organizacyjnej. Bardzo ważne, żeby potrafił kreować u podwładnych zaangażowanie i chęć partycypacji w rozwiązywaniu problemów natury kulturowej [Kwiatkiewicz i Robak 1999, s. 254]. Nie bez znaczenia są również funkcje motywowania¹⁴. Pracownicy zakładów

¹⁴ Na podstawie wyników *Badania satysfakcji personelu pielęgniarskiego*, zamieszczonych w Aneksie.

opieki zdrowotnej nadają wysoką rangę i rolę bodźcom ekonomicznym, szczególnie płacy. Niekiedy jednak w zakładach eksponowanie wartości czynników ekonomicznych tłumi wszelkie przejawy działań ukierunkowanych na wykorzystanie zachęt pozaekonomicznych. Bez względu na możliwość dysponowania zasobami finansowymi organizacji, osoba realizująca funkcje kierownicze powinna stosować szeroki zakres innych elementów oddziaływujących na podwładnych¹⁵. Wypracowanie kultury usługowej w paradygmacie współpracy z klientem, powinno obejmować następujące aspekty [Rogoziński 2012a, s. 109]:

- spełnienie warunku usługowej idiosynkrazji: zdolności dostrzegania niepowtarzalności usługobiorcy, przekształcenia rutynowej usługi w oryginalny usługowy produkt, indywidualizacji cyklu obsługi,
- klient/usługodawca wewnętrznym zasobem organizacji usługowej,
- udział, zaangażowanie nabywcy w proces świadczenia przekształca go w interesariusza; nadto jest gwarancją tego, że zindywidualizowany usługowy produkt może być uznany za Dobro dla nabywcy,
- trafnie odczytawszy intencje nabywcy, dociera się do istoty usługowego świadczenia,
- otwartość organizacji usługowej na środowisko jej oddziaływania sprawia, że staje się ona *imaginary organization* [Hedberg, Yakhlef i Baumard 2002], a umowny *limes* przebiega tam, gdzie są jej usługobiorcy.

W wyniku zachodzących przekształceń własnościowych w zakładach opieki zdrowotnej, następuje krytyczny moment, w którym może nastąpić decydująca zmiana z kultury transakcyjnej (proceduralnej) na usługową kulturę organizacji. Przyczyn tego pierwszego zjawiska można upatrywać w: nadmiernej ekonomizacji procesów, nowych nadmiernie sformalizowanych procedurach, nowych formach zatrudnienia, poprzez które pracownicy nie identyfikują się ani z zakładem, ani z wykonywanymi usługami. Najważniejszą rolę we wszystkich zmianach odgrywa więc kadra zarządzająca, która poprzez swoje postępowanie przenika w głąb organizacji. Jak podkreśla N.J. Adler [1986, s. 85–86], konieczne jest przejście od kulturowej dominacji do kulturowej współpracy, czyli tworzenie nowej wspólnej kultury organizacyjnej.

W celu poprawienia kultury organizacyjnej w zakładach opieki zdrowotnej J.R. Łuczak proponuje likwidację złych nawyków (np. wcześniejszego wychodzenia z pracy oraz niepunktualnego przychodzenia do pracy), akceptację dla nowych wartości (np. kreatywności, poczucia odpowiedzialności), włączenie lekarzy w proces podejmowania decyzji, stworzenie mechanizmów do dobrej pracy zgodnych z koncepcją ciągłej poprawy jakości oraz elastyczność zatrudnienia [Łuczak 1999, s. 13]. A. Frączkiewicz-Wronka [2009, s. 157] podkreśla, że z punktu widzenia zachowania ludzi w organizacji należy odejść od bezgranicznej

¹⁵ Szerzej na ten temat, M. Zysnarska 2000, s. 73–74.

wiary w dyrektora i często bezmyślnego podążania za nim, a przejść do organizacji, w której poszukuje się liderów na każdym poziomie. Każdy bowiem może rozwiązać problem, ponieważ ma zdolność do myślenia, planowania, dowodzenia i działania. Rolę zarządzającego i całej kadry kierowniczej podkreślają także badacze z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie [Sułkowski, Seliga i Woźniak 2012, s. 98].

Wprowadzanie zmian kulturowych, zgodnie z badaniami E. Witte [Hofstede 2000, s. 293 i 294], wymaga skonsolidowanych działań tzw. *machtpromotora* i *fachpromotora*, czyli osoby mającej władzę i osoby posiadającej wiedzę. Jak pisze G. Hofstede, *fachpromotor* jest odpowiedzialny za trafne określenie obecnego stanu kultury organizacyjnej i jej subkultur. Założenie, że jedna osoba zna mapę kulturową organizacji, jest zwodnicze. Ogląd organizacji z poziomu szczybla wyższego jest zupełnie inny, niż ze szczybla średniego lub najniższego, gdzie wykonuje się pracę. Gdy dysponujemy rzetelną diagnozą, rolę powinien przejąć *machtpromotor*. Sugestie co do zmiany kultury powinny się stać częścią strategii organizacyjnej, zgodnie z założeniem, że kultura jest co prawda koncepcją „miękką”, jednak próby jej zmiany wymagają stosowania „twardych” środków. Zmiany mogą oznaczać likwidację starych i powołanie do życia nowych działów, łączenie lub rozdzielanie kompetencji. Natomiast w stosunku do personelu medycznego powinny zostać skierowane następujące wytyczne:

- zwrócenie uwagi nie tylko na wewnętrzne standardy, ale przede wszystkim na jakość z punktu widzenia pacjenta,
- uczestniczenie w działaniach na rzecz ekonomizacji i poprawy jakości świadczeń, lepszej kontroli połączonej ze sprawiedliwą oceną i odpowiednią motywacją,
- stałe podnoszenie kwalifikacji, nowe kompetencje personelu medycznego,
- wprowadzenie zmian, które będą oznaczały wzrost dochodów, poprawę warunków pracy, sprecyzowanie zakresu pracy i podporządkowanie się standardom,
- dążenie do współpracy z pacjentem z zachowaniem symetrii relacji.

Widziana i kształtowana kultura organizacji usługowej w zasadzie służy umożliwieniu spotkania usługodawcy i usługobiorcy. Znaczenie kultury organizacji przekładanej na kulturę osobistą personelu jest ogromne, ponieważ incydentalny kontakt może się przerodzić w długookresową współpracę. Ze względu na to, że trudno w organizacji usługowej monitorować każde spotkanie usługodawcy i usługobiorcy, to właśnie kultura organizacji ma sprawić, żeby spotkanie to nie było sprowadzone do zwyczajnej transakcji, a więc jedynie do poprawnego (z punktu widzenia jakości wewnętrznej) wykonania usługi. **Przełamywanie wszelkich dysproporcji w relacjach między pacjentami a profesjonalistami będzie możliwe, dzięki nowym kompetencjom personelu, a w znacznym stopniu będzie odzwierciedlało kulturę personelu, z uwzględnieniem kultury endemicznej i kultury klientów. Ale do kształtowania kultury organizacji**

usługowej konieczna jest jeszcze właściwie ukształtowana kultura środowiska, w którym ta organizacja działa. Jak podkreśla B. Kozuch [2009], z perspektywy międzyorganizacyjnego współdziałania ważne jest, że kultura organizacyjna jest punktem odniesienia w procesie formułowania celów i strategii, a także wzorcem oceny, interpretacji i wyboru wspólnych programów działania, czynnikiem kształtującym zachowanie i działanie ludzi nie tylko w organizacji.

5.4.2. Wielowymiarowa rola reprezentacji społeczności

Zdaniem J. Orczyka, umowa społeczna pomiędzy państwem demokratycznym a obywatelami ulega modyfikacjom. W ramach polityki społecznej w przyszłości trzeba będzie wyraźniej niż dotychczas akcentować fakt, że zadowolenie społeczne staje się wynikiem działania samych obywateli i reakcją innych na ich działania [Orczyk 2012, s. 12]. Ochrona zdrowia, będąc integralną częścią polityki społecznej, powinna nie tylko koncentrować się na takim alokowaniu zasobów, aby w jak największym stopniu zaspokoić potrzeby obywateli, ale także chronić ich interesy. W sytuacji niewydolności systemu, jedynie oddolne działania mogą się stać impulsem do dalszych działań.

Szczególnie mocno akcentuje to W.C. Włodarczyk, podkreślając, że preferencje i oczekiwania osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych albo osób ubiegających się o takie świadczenia są ważnym punktem odniesienia w decyzjach i działaniach polityki zdrowotnej. Aktywność polityki zdrowotnej powinna zmierzać do tego, aby system poważnie brał pod uwagę oczekiwania społeczne. Jest oczywiste, że aby oczekiwania społeczne mogły być brane pod uwagę, konieczne jest ich wcześniejsze wyartykułowanie. Im bardziej aktywne uczestnictwo i im silniejsza pozycja społeczna aktorów uczestniczących w definiowaniu i wdrażaniu polityki zdrowotnej, tym większe możliwości, aby system odpowiadał na oczekiwania obywateli [Włodarczyk 2010, s. 145]. Upolitycznienie decyzji dotyczących wyborów dokonywanych w ramach systemu opieki zdrowotnej powodują, że istnieje duże ryzyko, iż głosy tych, dla których system powstaje, nie zostaną dostrzeżone. Wydaje się, że jedynie silnie sformalizowane federacje pacjentów, jako organy doradcze na stałe wpisane w kontekst polityki społecznej, a tym samym kreujące politykę zdrowotną, mogłyby wpłynąć na dokonanie zmian. Nasuwa się więc także możliwość prowadzenia jednoczesnej inicjatywy oddolnej – zamiast rady społecznej w obecnej formie, która nie jest reprezentacją ani usługodawcy, ani usługobiorcy, można wprowadzić **radę społeczną, złożoną z osób reprezentujących różne grupy pacjentów**. Taki organ, przy utrzymaniu funkcji doradczych, także oddolnie mógłby inicjować wprowadzanie zmian. Nie jest w sprzeczności z działaniem (koniecznym, wręcz warunkującym), w którym pacjent występuje w potrójnej roli: jako pacjent – podmiot świadczenia, jako współtwórca procesu świadczenia usługi, i jako współarbiter procesu świadczenia usługi.

W najnowszych propozycjach coraz częściej pojawia się postulat wsłuchiwania się w opinie i propozycje obywateli i przedstawicieli zainteresowanych grup. Niekiedy jest to określane jako oddolny proces formułowania polityki zdrowotnej i przyjmowania przez nią rozstrzygnięć (*bottom-up policy*). Poszukując koncepcji umożliwiającej włączenie szerszych grup uczestników, jako przydatne stosuje się pojęcie społeczności politycznej. Jest ono definiowane jako zbiór jednostek, grup, instytucji rządowych, organizacji i agencji, które uczestniczą i wpływają na proces podejmowania decyzji dotyczących określonego obszaru problemów [Włodarczyk 2010, s. 160–161].

Pamiętać należy, że zmiany w podmiotach leczniczych mają często charakter zmian radykalnych, głęboko wnikających w strukturę i zasady funkcjonowania organizacji. Szczególnie w odniesieniu do organizacji publicznych należy wziąć pod uwagę znaczenie i rolę szeroko rozumianej grupy interesariuszy w procesie zarządzania organizacją [Frąckiewicz-Wronka i Szymaniec 2012, s. 15]. Diagnoza obecnej sytuacji wskazuje, że kreacja systemu, poprzez założenia polityki zdrowotnej, nie doprowadziła do takich rozwiązań, aby chronić interesy pacjenta.

Tabela 5.9. Podejście do funkcji administracji publicznej

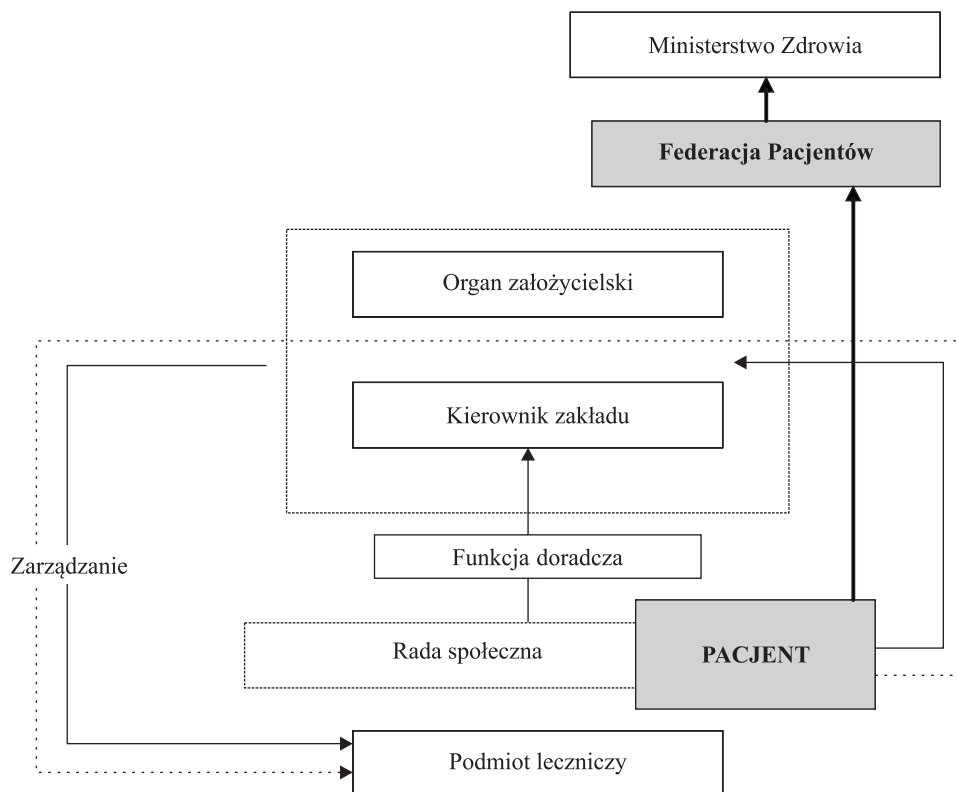
Problem	Podejście tradycyjne	Nowe zarządzanie publiczne	Nastawienie na wartość
Kto określa cele	Politycy/eksperti	Konsumenci na rynku	Preferencje indywidualne i zbiorowe, uzgodnione w procesie politycznym
Przedmiot oddziaływań	Inwestowane zasoby	Zasoby i produkty	Satysfakcja, rezultaty, utrzymanie zaufania
Kierunek odpowiedzialności	Oddolny, przez kolejne szczeble	Oddolny przez kontrakty, także przez rynek	Kontrola przez obywateli, przez użytkowników, przez podatników
Sposób organizowania działań	Podporządkowane hierarchiczne komórki	Raczej prywatni partnerzy, niekiedy publiczni	Wiele rozwiązań, różne formy instytucjonalne
Postrzeganie etosu pracy	Wyłączny przymiot administracji	Sceptyczny, zaufanie do rynku	Nikt nie ma monopolu, wszyscy powinni być zobowiązani
Miejsce społecznej partycypacji	Tylko przez wybory	Ograniczone, badane preferencje	Przez obywateli, konsumentów, interesariuszy
Orientacja decydentów	Polityczne cele władzy	Zgodnie z ustaleniami kontraktu	Odpowiadanie na oczekiwania i preferencje, utrzymanie zaufania

Źródło: Włodarczyk 2010, s. 145.

W podsumowaniu rozdziału trzeciego znalazła się teza, że interesów pacjenta nie broni polityka zdrowotna, system ochrony zdrowia, model opieki zdrowotnej czy profesjonalista. Zmiany są nieuchronne, jedyną kwestią do rozstrzygnięcia jest czas wdrożenia nowych postulatów. Nowe podejście do funkcji administracji publicznej z uwzględnieniem nastawienia na wartość obrazuje tabela 5.9.

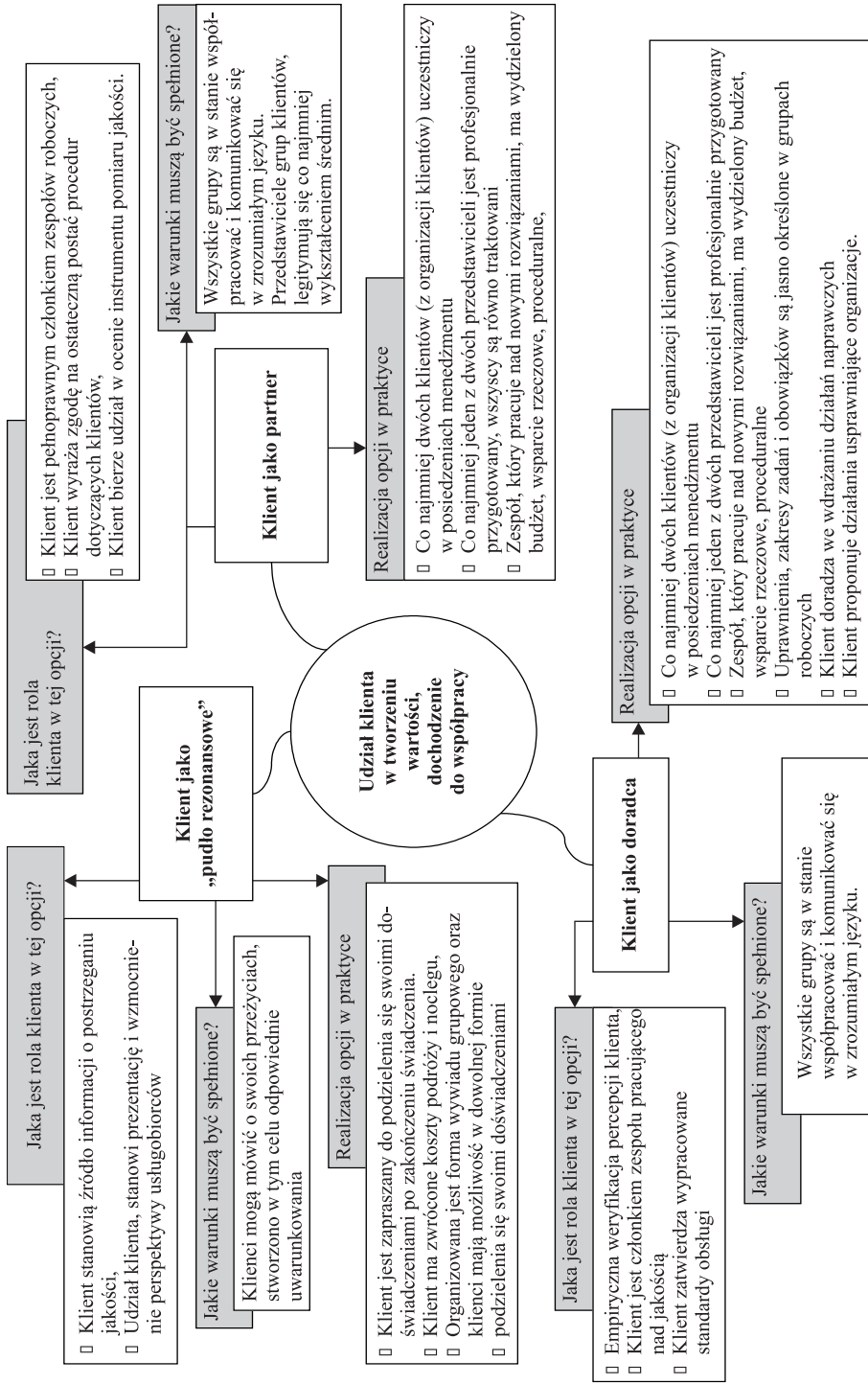
Warto skorzystać z doświadczeń europejskich, a zwłaszcza holenderskich, gdzie nie tylko transparentność działalności wymusza wręcz inny poziom świadczenia usługi, ale także włączanie pacjenta w proces podejmowania decyzji pozwala profesjonalistom i zarządom na doskonalenie cyklu aktywności nabywcy – rysunki 5.5 i 5.6.

W podmiocie leczniczym klient może występować w trzech rolach jako partner, doradca i *pułdo rezonansowe*. Te trzy perspektywy pozwolą podmiotom leczniczym w jak najszerszym ujęciu zrozumieć postrzeganie organizacji z perspektywy pacjentów. Klient staje się równoprawnym członkiem organizacji z donośnym głosem doradczym, jako nie tylko współarbitr oceniający, ale także jako



Rysunek 5.5. Rola reprezentacji pacjentów

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 5.6. Rola klienta w tworzeniu wartości w podmiocie leczniczym

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.kiesBeter.nl [dostęp: 14.02.2013].

współprojektant, współkreator. Warunkiem koniecznym, co zostało już zaznaczone w pkt 5.1 pracy, staje się wypracowanie wspólnej płaszczyzny komunikacji

Rola reprezentacji klientów staje się elementem znaczącym w zarządzaniu podmiotem leczniczym i dlatego też pojawia się nowa rola klienta, który współzarządza, przynajmniej procesami związanymi z organizacją świadczenia usługi. To oddolne artykułowanie potrzeb ma znacznie szersze znaczenie. Można je bowiem na wzór holenderski przenieść na poziom prawdziwej kreacji polityki zdrowotnej i włączyć we wszystkie instytucje, które w sposób bezpośredni wpływają na organizację systemu opieki zdrowotnej (a więc na szczeblach Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy w końcu tych organizacji i instytucji, które tworzą rynek usług medycznych). Głos i współudział pacjentów musi być znaczący.

Na tle przeprowadzonych rozważań można wysunąć rekomendacje co do formułowania polityki zdrowotnej. Oprócz tych elementów, które do tej pory wyznaczały cele polityki zdrowotnej, należałoby dodać społeczną reakcję na konieczność zmian, branie pod uwagę opinii społecznej. Uznając autonomię pacjentów, jako punkt wyjścia należy włączyć ich w proces współdecydowania o kształcie systemu opieki zdrowotnej. Sprzężenie przede wszystkim polityki społecznej z polityką zdrowotną. Usprawnienie zarządzania podmiotami leczniczymi wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na kwalifikacje kadry zarządzającej oraz osób w ramach jednostki samorządu terytorialnego. Istotne jest też upodmiotowienie pacjenta.

Działania naprawcze powinny więc równolegle następować z dwóch stron: polityki społecznej, angażując pacjenta w rzeczywistą kreację polityki zdrowotnej, oraz ze strony podmiotu, który w nowych uwarunkowaniach ekonomicznych (w procesie restrukturyzacji lub po przekształceniach) ma jedyną i niepowtarzalną okazję stworzenia nowej kultury organizacji. Kultury, w której profesjonalista wspólnie z usługobiorcą tworzą wartość. Zdaniem A. Frączkiewicz-Wronki, przywódcy w organizacjach publicznych, w tym ochrony zdrowia powinni umieć pogodzić pojawiające się sprzeczności między ideaми sprawiedliwości społecznej a dążeniem do maksymalizacji zysku. Oznacza to umiejętność uogólniania dla praktyki zarządzania w organizacjach publicznych metod i narzędzi wypracowanych w sektorze prywatnym i wzbogacenie ich o szczególne komponenty i wartości, nieodzowne do pełnienia funkcji w tym sektorze [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 153].

5.4.3. Rodzaje tożsamości w kontekście marketingu relacyjnego

W trakcie przekształceń własnościowych podmiotów leczniczych pojawia się aspekt dotyczący zachowania tożsamości. Tożsamości odpowiadającej na pytania: kim jesteśmy jako organizacja, czym się zajmujemy, jakie mamy przesłanie/

misję do spełnienia. Przekształcenia zakładów budzą wątpliwość, czy rynkowy charakter nie doprowadzi do zatracenia tożsamości. Jednym z nielicznych autorów, którzy podejmują tematykę tożsamości i wskazują na jej implikacje marketingowe, jest K. Rogoziński [Dobska i Rogoziński 2008, s. 224–226]. Wyróżnia on tożsamość podmiotową/jednostkową i tożsamość organizacji usługowej. Istota tej pierwszej wywodzi się z aktu świadczenia usługi, w której role usługodawcy i usługobiorcy odwołują się do wcześniej ukształtowanej świadomości jednostkowej odrębności. Warunkiem koniecznym jednak do realizacji oryginalnego produktu usługowego jest uporanie się z problemem własnej tożsamości ze strony usługodawcy. Dochodzenie do tożsamości ze strony usługodawcy następuje poprzez odpowiedź na pytania: *kim jestem, dla kogo pracuję i dzięki czemu* (a więc – *czy i na ile odpowiadam za realizację produktu?*). W usługach medycznych na przykład lekarz będzie się odnosił do właściwego wypełnienia swoich funkcji, a realizował dzięki współpracy z pozostałym personelem, założywszy, że określony poziom tożsamości jednostkowej (pacjenta, lekarza, pielęgniarki) jest punktem wyjścia do ukształtowania poprawnej relacji usługowej, w której to istotne jest: *dla kogo i co* zostanie wykonane oraz *przez kogo* świadczenie ma być zrealizowane. Jak podkreśla K. Rogoziński, określony poziom tożsamości jednostkowej jest punktem wyjścia do ukształtowania prawidłowej relacji usługowej, a dalej – do zaprojektowania takiego produktu, który będzie nosił znamiona oryginalności czy nawet niepowtarzalności. Warto zwrócić uwagę, że w relacyjnym marketingu usług unikatowość aktu świadczenia usługi jest możliwa dzięki bezpośredniemu udziałowi usługobiorcy we współdecydowaniu, jaki produkt usługowy ma powstać. To projektowanie wspólnie z usługodawcą, służy potwierdzeniu tożsamości pacjenta i, wpływając na realizację, doprowadza do tworzenia tożsamości produktowej [Dobska i Rogoziński 2008, s. 224–226].

Tożsamość organizacji budowana będzie na podstawie: tożsamości osobniczych personelu, rozpoznawalności, oryginalności usługowych produktów kojarzonych z usługodawcą i usługobiorcą oraz segmentu stałych klientów.

W usługach medycznych tożsamość jednostkowa odnosi się do stron zaangażowanych w proces świadczenia usługi. Tak więc z jednej strony profesjonalizm personelu medycznego (lekarskiego, pielęgniarskiego), który koncentruje się na prawidłowym wykonaniu czynności, z drugiej natomiast pacjent, który w swojej niewiedzy medycznej koncentruje się na wyniku końcowym leczenia. W takim wypadku istotna wydaje się relacja zachodząca między tymi dwoma stronami – tożsamościami, które to wzajemnie wpływają na siebie i – będąc od siebie uzależnione – powołują do istnienia usługę. Dzięki temu rodzi się współpraca, równowaga marketingowa, która szczególnie po stronie odbiorcy, a więc pacjenta, doprowadza do zaufania do wytwórcy. Z punktu widzenia marketingu implikuje to nową sytuację, w której pacjent staje się ostatecznym weryfikatorem prawidłowo wykonanej usługi medycznej, a personel kontaktowy, podlegający

ocenie, staje się personelem strategicznym. I tak jak dla pacjenta wartością może być zaufanie do personelu medycznego, tak dla zakładu opieki zdrowotnej może to być budowana latami sieć powiązań między pracownikami oraz między pracownikami a klientami. Zagadnienie tożsamości organizacji w kontekście przyjęcia paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się również sposób postrzegania organizacji usługowej jako takiej. Konieczne jest zespolenie tożsamości wewnętrznej i zewnętrznej. Zdaniem K. Rogozińskiego, wewnętrzna tożsamość organizacji polega na identyfikowaniu się z nią usługodawcy/personelu. Czynnikiem, które będą kształtować tożsamość organizacyjną, będą zachowania organizacyjne, a szczególnie zachowania pracowników, którzy poprzez utożsamianie się z filozofią działania zakładu będą tworzyli określoną kulturę organizacyjną, a ta z kolei, dzięki komunikacji organizacyjnej i tożsamości samego sektora, wpłynie na proces kreacji tożsamości organizacyjnej.

Tożsamość organizacji wynika ze specyficznego sposobu działania, np. obsługi klienta, tworząc właściwą dla danej organizacji, rozpoznawalną kulturę. To właśnie ona powinna stanowić podwaliny każdego przedsiębiorstwa. Jest to bowiem ten trzon, który wręcz konstytucyjnie, poprzez sformułowanie celów, wartości oraz zadań dla organizacji, zaczyna tworzyć podwaliny tożsamości organizacji. Efekty stosowania unikatowości działania odnoszące się do celów organizacji, strategii oraz obejmujące zakres i różne typy zachodzących relacji będą zauważalne z kulturze organizacji. Należy jednak pamiętać, że wiązanie tożsamości z konkretnym typem organizacji będzie zależać od: wielkości organizacji, dominujących form zatrudnienia, stosowanych metod zarządzania, od poziomu aktywności personelu, od jego zaangażowania w realizację usługi. K. Rogoziński stawia tezę, że „lekarz zatrudniony na kilku etatach, w różnym stopniu może się identyfikować z organizacjami, w których pracuje” [Dobska i Rogoziński 2008, s. 224]. Konieczne więc wydaje się umiejętne wykorzystanie marketingu relacyjnego, który na pierwszym miejscu stawia relacje interpersonalne, uzmysławiając tym samym konieczność układu partnerskiego, symetrycznego pomiędzy stronami. Dla usługodawcy będzie to oznaczało wypracowanie własnej kultury organizacji, a dla usługobiorcy nie tyle świadomość uzależnienia, co poczucie partnerstwa i wspólne kreowanie wartości końcowej. W usługach medycznych wypracowanie takiego układu stało się możliwe dzięki upodmiotowieniu pacjenta, który dopiero wówczas stał się podmiotem relacji usługowej. Determinantą tej zmiany było między innymi opracowanie praw pacjenta. Pacjent nabył nie tylko praw, aby stać się klientem, ale także, aby wspólnie doprecyzować zlecenie, angażując się w jego wykonanie. **Istotne staje się utożsamianie usługobiorcy ze „swoją” organizacją.** Z drugiej strony od intensywności, zaangażowania oraz osobowości pracowników zatrudnionych w proces świadczenia usługi zależać będzie jakość wykonania i poziom obsługi.

Jak podkreślił J. Sobiech, wzrost wydatków na usługi opieki zdrowotnej w skali globalnej zależy od wzrostu przeciętnej długości życia człowieka, co oznacza podejmowanie działań zmierzających do dalszego jego polepszenia i przedłużania. Zatem oczekiwania społeczne co do jakości i skuteczności opieki zdrowotnej są coraz większe, dzięki czemu jest możliwy rozwój badań biomedycznych i transfer nowoczesnych technologii medycznych [Rój i Sobiech 2006, s. 130–134]. Coraz to nowe technologie, przy swobodzie kadr medycznych w dokonywaniu wyboru technologii, mogą doprowadzić do depersonalizacji zachodzących relacji. Niestety, do niedawna brak takich relacji nie tylko nie wzbudzał kontrowersji w społeczeństwie, ale wręcz był powszechnie „akceptowalny”. Potwierdzeniem tożsamości indywidualnej będzie więc nie traktowanie pacjenta jako jednostki chorobowej, a jako indywiduum ludzkiego z własną unikatową tożsamością. W opinii A. Zarębskiej [2009, s. 42], czynnikiem kształtującym tożsamość organizacji jest kultura organizacyjna, choć kultura jest raczej konsekwencją określonej tożsamości. W usługach profesjonalnych osobowość usługodawcy przekłada się wprost na rozpoznawalność zatrudniającej go organizacji, na jej wizerunek, wreszcie na kulturę, którą współtworzy [Dobska i Rogoziński 2008, s. 223–224]. W przypadku usług medycznych tożsamość organizacji usługowej budowana jest na trzech warstwach fundamentu: personelu medycznym, unikatowym produkcie i autorskim cyklu obsługi. Ponadto organizacji usługowej mającej wykrystalizowaną tożsamość orientacja na przechowywane w kulturze wartości pozwoli obronić autonomiczność i nienaruszalność tożsamości. Organizacje, które uporały się z problemem tożsamości jednostkowej, mogą przejść do kształtowania kultury. Kultura zapośrednicza się zawsze w osobach, osobowości usługodawców zaś bezpośrednio określają kulturę organizacji usługowych. K. Rogoziński podkreśla, że jakkolwiek rozdzwięk pomiędzy kulturą osobistą a kulturą organizacyjną da o sobie znać w postaci zaburzeń na poziomie tożsamości. Odpowiednio ukształtowana kultura stanowi w organizacjach usługowych jedyną barierę ograniczającą zapędy zmierzające do „absolutyzacji standardów” i staje się „tamą” broniącą przed przekształceniem jej w nową jakościową wersję technostruktury, w której rola usługodawcy sprowadzona zostaje do skrupulatnego wykonywania przypisanych mu obowiązków. Kultura organizacyjna i wyartykułowanie jej ogromnego znaczenia stało się podstawową determinantą wpływającą na prawidłowy rozwój zarządzania. K. Rogoziński [2000, s. 228–229] jest zdania, że kultura byłaby niczym, gdyby nie wbudowany w jej centrum pierwiastek bezinteresowności, przybierający postać prawdy, piękna i cnoty. Zatem w najszerszym znaczeniu kultura to uniwersum wartości, w węższym zaś przyjęte i akceptowane przez członków organizacji wartości i trwałe przekonania podzielane przez cały personel, którym daje wyraz w swoich postawach i zachowaniu.

Podsumowanie

1. Usługi medyczne są usługami profesjonalnymi. Lekarz/pielęgniarka są profesjonalistami, którzy: (1) mają wysokie kwalifikacje zawodowe (z prawem wykonywania zawodu), (2) są członkami organizacji samorządu zawodowego, (3) są obdarzeni ogromnym zaufaniem przez pacjenta jako profesjonalistów – wykonawcy. Zawód staje się powołaniem, tzn. wykonaniem społecznie wyróżnionej funkcji, a odpowiedzialność za sferę publiczną, spełniona i gwarantowana przez nadzór korporacyjny.
2. Wykonywanie zawodu profesjonalisty jest powołaniem, a więc odpowiedzialną służbą dla innych, wyjściem z labiryntu samolubstwa.
3. U podstaw działalności usługowej pojawia się marketing relacyjny, który towarzyszy jej nierozzerwalnie przez cały cykl aktywności. Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii projakościowej. Marketing relacyjny nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów w strukturę organizacyjną. Marketing relacyjny oznacza mobilizację personelu mającą na celu nie tylko uczynić z nabywcy współtwórcę produktu (rozumianego jako „wartość”), ale „związać” go na trwałe z firmą.
4. Przejście z kategorii jakości do kategorii wartości w procesie świadczenia usługi wiąże się z:
 - a) przechodzeniem z poziomu sensualnych i subiektywnych doznań na poziom wartości rozumianej jako kategoria zobiektywizowana,
 - b) w ramach intersubiektywnej komunikacji, następuje konfrontacja stanowisk doprowadzająca do jakości synkretycznej na gruncie marketingu relacyjnego. Wymaga to odpowiednich dla niej nowych mierników, dostosowanych do jakości cząstkowych, dzięki czemu otwarta zostanie perspektywa aksjologiczna. Przeprowadzając marketingową eksplikację pojęcia jakości również w usługach medycznych, dochodzimy do wypracowania jakości jako kategorii nie tylko kompromisowej (*model luk* w celu zniwelowania rozbieżności), ale i zobiektywizowanej. Możliwa jest symetria relacji. W kreowaniu wartości nabywcy należy rozróżnić: wartość klienta, wartość dla klienta, wartość w rozumieniu klienta.
 - c) projektowaniem usługowego produktu – kryteria ocen jakościowych stają się elementami/atrybutami usługowego produktu,
 - d) usługowy produkt jako autentyczne dobro dla nabywcy – staje się wartością.

5. Kształtowanie nowych kompetencji personelu medycznego jest szansą na:
 - a) przełamanie wszystkich dysproporcji, asymetrii odnoszącej się nie tylko do informacji, ale także do relacji usługowej; autonomia pacjenta powinna doprowadzić do traktowania go jako partnera współodpowiedzialnego za przebieg leczenia; indywidualny człowiek jest zawsze drogą i celem medycyny,
 - b) zmianę relacji z otoczeniem poprzez: usługową kulturę organizacji, znaczący wpływ reprezentacji społeczności na zarządzanie podmiotem leczniczym; oddolne artykułowanie celów polityki zdrowotnej, ich weryfikację na szczeblu podmiotu leczniczego.
6. Skoro organizacja usługowa (jaką jest podmiot leczniczy sektora publicznego) jest wspólnotą ludzi (którzy realizują swoje cele), to kultura organizacji usługowej może być tylko emanacją ich osobowości, a więc każda organizacja usługowa, w tym podmiot leczniczy, będzie nie tylko odzwierciedleniem kultury osobowości profesjonalistów.
7. Konieczne jest wypracowanie w podmiocie leczniczym kultury usługowej, w paradygmacie współpracy z klientem, przy zdolności dostrzegania niepowtarzalności usługobiorcy, oraz ustanowienie klienta wewnętrznym zasobem organizacji usługowej.
8. Z powodu tej gruntownej reorientacji na poziomie podstawowym konieczna jest zmiana zasad tworzenia i oceny polityki zdrowotnej. Oprócz tych elementów, które do tej pory wyznaczały granicę polityki zdrowotnej, należałoby dodać: społeczną reakcję na konieczność zmian, usprawnienie zarządzania podmiotami leczniczymi i upodmiotowienie pacjenta.
9. Zmiany rozumienia wymaga także tożsamość organizacji publicznej (podmiotu leczniczego) – z organizacji publicznej (w rozumieniu dostępu publicznego) na organizację pożytku publicznego (z procesem kreacji wartości, na ekonomicznych podstawach).
10. Tożsamość organizacji będzie budowana na podstawie: tożsamości osobniczych personelu, rozpoznawalności, oryginalności usługowych produktów kojarzonych z usługodawcą i usługobiorcą, segmentu stałych klientów.

Zakończenie

Ochrona zdrowia ma szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej ze względu na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Polityka zdrowotna, jako proces polityczny, odnosi się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, wyznaczając cele, które kształtują system opieki zdrowotnej. Światowe publikacje, korelując poziom zdrowotności społeczeństwa z potrzebami pacjentów, wzbudziły dyskusje na temat optymalnego kształtu systemu opieki zdrowotnej, tak aby sposób organizacji i dostarczanie usług mogły zagwarantować szeroko rozumianą zdrowotność społeczeństwa, w istniejących warunkach społecznych, ekonomicznych i politycznych.

Na tle procesów reformatorskich zauważalnych na świecie z uwzględnieniem koordynacyjnej roli Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia zmienia się także system opieki w Polsce. Prace reformatorskie zmierzały do przygotowania nowego modelu ochrony zdrowia, w którym rolę koordynatora powierzono ministrowi zdrowia, natomiast kasy chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia stały się odpowiedzialne za zarządzanie środkami finansowymi. Organy administracji samorządowej, będąc właścicielami publicznych zakładów, nadzorowały realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego. Tak rozległa odpowiedzialność poszczególnych szczebli oraz brak jednoznacznych uregulowań prawnych spowodowały trudności w prowadzeniu racjonalnej polityki zdrowotnej oraz brak skutecznego nadzoru nad całością systemu. Rosnące zadłużenie podmiotów leczniczych było nie tylko spowodowane błędami w procesie organizacyjno-finansowo-nadzorczym, ale także brakiem odpowiedniej metody zarządzania i osób, które posiadałyby zorientowane usługowo kompetencje menedżerskie.

Kierownicy zakładów nie tylko nie posiadali odpowiednich kwalifikacji, ale także jako pracownicy organu założycielskiego, opierając się na opiniach rady społecznej nie mogli podejmować w pełni autonomicznych decyzji, odpowiadając na zmiany otoczenia. Ze względu na niepokojące zjawisko zwiększającego się zadłużenia, Ministerstwo Zdrowia próbowało wprowadzić odgórne programy restrukturyzacji. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, prowadzone działania zasadniczo nie poprawiły sytuacji zakładów. Oddłużenie czy zmiana formy organizacyjno-prawnej nie tylko nie doprowadziły do zaprzestania generowania strat, ale też nie poprawiły dostępności świadczeń. Wpływ na to miały zarówno nie tylko uwarunkowania wewnętrzne – brak wystarczającej motywacji pracowników

i kierowników, ale też uwarunkowania zewnętrzne związane z niewystarczającym finansowaniem w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wielowątkowość problemów pojawiających się na tworzącym się rynku usług medycznych powoduje, że każdy z wymienionych obszarów wymaga prowadzenia wielu prac badawczych, pozwalających na wypracowanie bardziej skutecznych mechanizmów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości. Wspomniana wielowątkowość i stopień skomplikowania zależności między instytucjami tworzącego się rynku uzmysławiają, że stworzono system, w którym pacjenci zostali pozbawieni silnej reprezentacji, nie mają wpływu na funkcjonowanie systemu.

Zarządzanie podmiotem leczniczym w obecnych uwarunkowaniach makro- i mikrootoczenia jest zadaniem wymagającym wiedzy nie tylko ekonomicznej, ale i prawniczej oraz determinacji w kreowaniu kultury organizacji usługowej. Pojawiające się problemy zarządzania podmiotem leczniczym powodują, że staje się ono interesującym obiektem badawczym i analitycznym. Problematykę zarządzania można badać z wielu perspektyw. W rozprawie starano się podjęte wątki łączyć, wprowadzając je w nurt realnych procesów restrukturyzacyjnych, procesów przekształceń oraz wymiaru podmiotowego i stosunków międzyludzkich.

Prowadzone rozważania teoretyczne wsparte wynikami badań empirycznych potwierdzają przyjętą w pracy tezę, że restrukturyzacja podmiotu leczniczego implikuje zmiany metod zarządzania, przy czym, jak wykazały badania, zmiany te zachodzą dwuetapowo. Etapem pierwszym, już właściwie zakończonym, jest zarządzanie jakością usług. To właśnie ta forma zarządzania umożliwia osiągnięcie wielu korzyści z punktu widzenia funkcjonowania podmiotu leczniczego. Wypracowanie procedur postępowania, zgodnie z normą ISO czy też standardami akredytacyjnymi, pozwoliło na uporządkowanie procesów wewnątrz organizacji. Znalazło to odzwierciedlenie w minimalizowaniu kosztów działalności, podnoszeniu jakości świadczonych usług (jakość kliniczna), zapewnieniu większego bezpieczeństwa pracy personelu czy też bezpieczeństwa obsługi pacjentów. Na drugim etapie powinny być adaptowane strategie ponadjakościowe do podmiotów leczniczych. Uznać wypada, że wymóg oddziaływania pozaprawnych (pozasystemowych) czynników wynika zarówno z obecnych trendów polskich, jak i orientacji konsumenckich widocznych na świecie.

Wyniki dokonanej w pracy analiz wymiaru podmiotowego i stosunków międzyludzkich wskazały że nowym, a jednocześnie głównym impulsem, który skłania zakłady do tworzenia nowych metod zarządzania jest oddolna inicjatywa pacjentów. W tym kontekście zaznaczyć należy, że wdrożenie w podmiocie leczniczym systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO przestaje być postrzegane jako element wyróżniający podmiot na rynku. Z praktycznego punktu widzenia wdrożenie systemu można uznać za warunek podstawowy, porządkujący funkcjonowanie organizacji. Natomiast osiągnięciem docelowym staje się przekształcenie podmiotu leczniczego w organizację usługową, zdolną generować wartość

razem z pacjentem. Taka zmiana staje się możliwa, jeśli przeprowadzi się marketingową eksplikację pojęcia jakości, dzięki czemu wypracowana zostaje kategoria jakości usługi jako kategoria nie tylko kompromisowa, ale i zobiektywizowana.

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się sposób postrzegania nie tylko jakości usług, ale i organizacji usługowej. Marketing relacyjny nie zmierza bowiem do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów w strukturę organizacyjną. Przyjęcie takiego postępowania wymaga uwzględnienia autonomii pacjenta, a dalej doprowadza do traktowania go jako partnera współodpowiedzialnego za przebieg leczenia.

Prowadzone rozważanie pozwoliły wykazać, że zadaniem osób zarządzających jest wypracowanie kultury usługowej w paradygmacie współpracy z klientami, przy zdolności dostrzegania niepowtarzalności usługobiorcy. Czerpanie z dobrych wzorców organizacyjnych oraz branie pod uwagę trendów konsumencyjnych (szczególnie widocznych w Holandii) może nie tylko zmierzać do zmiany metody zarządzania, ale także do takiego przewartościowania polityki społecznej (w tym polityki zdrowotnej), aby system był tworzony nie tylko dla pacjenta, ale – co ważniejsze – przy jego współudziale. Rozważania prowadzone w rozprawie upoważniają do zaproponowania zmian na następujących poziomach:

- 1) makrospołecznym – przeformułowanie zasad i celów polityki społecznej i zdrowotnej, tak aby zauważalny i decydujący stał się interes pacjenta,
- 2) organizacji – wykorzystanie dorobku zarządzania organizacjami usługowymi wypracowanego na gruncie marketingu relacyjnego, ze względu na brak odrębnej teorii dotyczącej organizacji i zarządzania podmiotami leczniczymi,
- 3) wymiaru podmiotowego i stosunków międzyludzkich – wyraźne wsparcie dla konsumeryzmu oraz dostrzeżenie symetrii relacji, która staje się fundamentem gwarantującym tworzenie wartości. Wypracowanie formuły reprezentowania pacjenta w formalno-prawnych gremiach opiniotwórczych i decyzyjnych.

W niniejszej pracy uznano, że można sięgnąć po rozwiązania i doświadczenia zaczerpnięte z systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej i Stanów Zjednoczonych. Ponadto wskazano na możliwości wprowadzenia już sprawdzonych rozwiązań do polityki zdrowotnej. Społeczna reakcja na konieczność zmian oraz upodmiotowienie pacjenta powinna się stać inspiracją do dalszych badań i poszukiwań.

Prezentowana rozprawa nie wyczerpuje problematyki zarządzania podmiotami leczniczymi. Znaczenie omawianych procesów wynika z tego, że mają one charakter dynamiczny, pozostając pod wpływem uwarunkowań makroekonomicznych i regulacji prawnych. Istotnym postulatem staje się nie tylko zachowanie ciągłości badawczej, ale uwzględnienie wpływu zmiennych objaśniających. Prowadzone rozważania teoretyczne w kontekście obserwowanych tendencji konsumeryzmu pozwalają wytyczyć następujące kierunki badań:

- opracowanie narzędzi zarządzania wartością w podmiocie leczniczym na poziomie operacyjnym, obejmujące zadania na poszczególnych szczeblach organizacji,
- identyfikacja sposobów włączania pacjenta w proces podejmowania decyzji w podmiocie leczniczym (reprezentacja pacjenta w istniejącej radzie społecznej), podjęcie próby wdrożenia programu pilotażowego, włączenie pacjenta w proces projektowania usługi,
- opracowanie instrumentów i kanałów informacyjnych, przekazywania informacji z federacji pacjentów na szczebel Ministerstwa Zdrowia.

W tej sytuacji można zarysować następujący dalszy scenariusz działań. Należy przyspieszyć proces przekształceń własnościowych zakładów, by pobudzić tendencje proefektywnościowe i na bazie strategii jakościowej dokonać próby kreacji takiej kultury organizacyjnej, aby kategoria wartości stała się dominującą w zakładzie.

Podsumowanie rozważań zawartych w pięciu rozdziałach nie jest zadaniem łatwym. Podjęta w pracy problematyka wymaga prowadzenia interdyscyplinarnych badań. Autorka pozostawia Czytelnikowi ocenę rozprawy, biorąc na siebie odpowiedzialność za wszelkie niedostatki.

Załącznik 1. Etapy tworzenia systemu ochrony zdrowia w Polsce

Okres międzywojenny

1918

- Brak jednolitego systemu pod względem organizacyjno-prawnym. Istniały dwie koncepcje. Koncepcja T. Janiszewskiego proponowała jednolity państwowy system zarządzania sprawami zdrowia poprzez Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Koncepcja J. Polaka zakładała alternatywnie zdecentralizowaną administrację służby zdrowia, której kierownictwo miał sprawować jeden z departamentów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i innych resortów albo samorządowy nadzór nad sprawami zdrowia wykonywany przez Ministerstwo Samorządów. Zarówno T. Janiszewski, jak i J. Polak uwzględniali zasadę przewagi sektora publicznego w lecznictwie.
- Powołanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego – ministrem zostaje W. Chodźko.
- Realizacja koncepcji T. Janiszewskiego – Ministerstwo Zdrowia Publicznego zapewnia administrację w sprawach zdrowia. Realizuje swoje zadania poprzez wojewódzkie oddziały zdrowia, stanowiska urzędowych lekarzy w powiatach i starostwach, powołane organy opiniotwórcze, wśród nich Rady Zdrowia na szczeblu naczelnym, wojewódzkim i powiatowym (w rezultacie w 1927 roku powstaje Państwowy Zakład Higieny).

1919

- 19 lipca 1919 roku wydano zasadniczą ustawę *O zwalczaniu chorób zakaźnych i innych występujących nagminnie* (Dz.U. nr 63, poz. 371, z późn. zm.), która określała obowiązki samorządów miejskich i wiejskich w zakresie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie.
- Administracja państwa wykonywała funkcje legislacyjne i kontrolne w stosunku do samorządowej służby zdrowia. Samorządy terytorialne były bezpośrednio odpowiedzialne za organizację instytucji ochrony zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej pieczy nad zdrowiem ludności zamieszkałej na ich terenie. Samorząd samodzielnie ponosił wydatki na ochronę zdrowia publicznego, poza kosztami zwalczania chorób zakaźnych i wenerycznych. Administracja rządowa była zobowiązana pełnić nadzór epidemiologiczny nad działaniami samorządów, jak też zakładać i utrzymywać szpitale, przychodnie, domy izolacyjne, domy pomocy społecznej, a także utrzymywać etatowych lekarzy sanitarnych, położne gminne, pielęgniarki i inny niezbędny personel. System miała charakter budżetowo-ubezpieczeniowo-samorządowy.
- 11 stycznia 1919 roku Naczelnik Państwa wydał dekret „O obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” (Dz.U. nr 9, poz. 122), który został zastąpiony ustawą z dnia 19 maja 1920 roku *o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* (Dz.U. nr 44, poz. 272, z późn. zm.). Ustawa nie miała charakteru powszechnego, nie obejmowała bowiem rolników, pracowników rolnych i robotników. Zwalniała także od obowiązku ubezpieczenia pracowników umysłowych o wyższych zarobkach.
- Członkami stworzonych kas chorych mogli być zarówno obywatele polscy, jak i cudzoziemcy. Kasy chorych mogły tworzyć własną sieć zakładów leczniczych o charakterze podstawowym i stacjonarnym, jak też prowadzić ambulatoria, apteki, sanatoria, domy dla cudzoziemców, zakłady leczenia psychiatrycznego, instytuty diagnostyczne. Ubezpieczeni mogli korzystać ze szpitali publicznych oraz z instytucji prywatnej służby zdrowia, o ile miały zawartą umowę

z kasą chorych. Nie było określonego koszyka świadczeń zdrowotnych, jednakże bezpłatna pomoc lekarska miała na celu przywrócenie zdrowia i zdolności zarobkowania lub jedynie utrzymanie zdolności zarobkowania. Leczenie szpitalne nie było bezpłatne. Kasa chorych pokrywała jedynie połowę kosztów w najniższej klasie świadczenia i standardzie, drugą część musiał pokryć sam ubezpieczony (Okólnik w sprawie przyjmowania do szpitala z 1921 roku nr 19, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Departament Ubezpieczeń Społecznych). Kasy chorych tworzyły związki okręgowe, które przeprowadzały kontrole poszczególnych kas, zawierały umowy z lekarzami, zakładami leczniczymi, organizacjami lekarskimi, zakładały i utrzymywały szpitale oraz apteki. Nadzór sprawował Urząd Ubezpieczeń.

1920

Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku *o obowiązującym ubezpieczeniu na wypadek choroby* (Dz.U. nr 44, poz. 272 z późn. zm.).

1921

- Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku *w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim* (Dz.U. nr 105, poz. 762).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku *o ustroju i zakresie działania izb lekarskich* (Dz.U. nr 105, poz. 762).
- Powołanie Państwowego Zakładu Epidemiologicznego (w roku 1923 przekształconego w Państwowy Zakład Higieny).

1925

Samorządy terytorialne przystąpiły do organizowania na terenie całego kraju ośrodków zdrowia, których zadaniem była głównie działalność zapobiegawcza, zwalczanie chorób społecznych oraz ochrona środowiska naturalnego.

1928

Ustawa wydana przez Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku *o zakładach leczniczych* (Dz.U. nr 38, poz. 382, z późn. zm.) określała status prawny publicznych i prywatnych zakładów leczniczych oraz kompetencje organów linii zarządzających. W publicznych zakładach działały tzw. rady szpitalne. Nadzór został powierzony ministrowi zdrowia publicznego. Zakłady podzielono na zakłady lecznicze dla osób potrzebujących stałego pomieszczenia w celu leczenia i pielęgnowania oraz zakłady lecznicze dla osób przychodzących (przychodnie). Szpitale były prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysku, natomiast lecznice prowadzone przez indywidualnych lekarzy lub spółdzielnie pracy lekarzy zakładały osiągnięcie zysku. Lecznictwo obejmowało sektory: publiczny, państwowy, społeczny, prywatny.

1932

Całokształt problematyki zdrowia publicznego został przyjęty przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

1933

- Zniesienie kas chorych i powołanie ubezpieczalni społecznych (Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku *o ubezpieczeniu społecznym* – Dz.U. nr 51, poz. 396 z późn. zm., zwana ustawą scaleniową).
- Zmiana systemu spowodowała centralizację i podporządkowanie ubezpieczalni społecznych Ministerstwu Opieki Społecznej. Ustawa scaleniowa nie objęła wszystkich obywateli. Wprowadzono system lekarza domowego, który miał zapewnić całokształt świadczeń i był uprawniony do skierowania pacjenta do specjalisty lub szpitala. Ustawa scaleniowa wprowadziła dopłaty

do poszczególnych świadczeń. Ubezpieczony miał prawo do bezpłatnego leczenia szpitalnego jedynie w klasie najniższej.

1934

Pierwsze umorzenie długów szpitali (szpitale popadały w zadłużenia w wyniku rosnących kosztów leczenia). Zła sytuacja finansowa spowodowana była niską proporcją ludności objętej ubezpieczeniem, niskim poziomem dochodów ludności oraz wysokimi kosztami leczenia.

1939

Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku *o publicznej służbie zdrowia* (Dz.U. nr 54, poz. 342 z późn. zm.) dała podstawy do tworzenia administracji służby zdrowia.

Lata 1945-1988

1944

W manifeście PKWN wskazano, że służba zdrowia ma zapewnić opiekę lekarską masom pracującym. W listopadzie 1944 roku powołano, analogicznie jak po I wojnie światowej, Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z Epidemiami oraz sieć komisariatów wojewódzkich. W 1944 roku utworzono Ministerstwo Zdrowia Polski Ludowej.

1945

Utworzono urząd Ministra Zdrowia. Komisariat stał się częścią składową ministerstwa, a komisariaty wojewódzkie włączono w struktury wojewódzkich wydziałów zdrowia.

1946

Ustawa Krajowej Rady Narodowej z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem (Dz.U. nr 2, poz. 8).

1948

Uchylenie ustawy z 1946 roku i powołanie ustawy z dnia 28 października 1948 roku *o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia* (Dz.U. nr 55, poz. 434 z późn. zm.). Ustawa wprowadzała centralizację i planową służbę zdrowia. Zakłady lecznicze poddane zostały nadzorowi Ministra Zdrowia, z wyjątkiem zakładów resortowych. Wprowadzono podział zakładów na: zakłady państwowe, zakłady samorządu terytorialnego, zakłady instytucji ubezpieczeń społecznych, zakłady fundacyjne, kongregacje i inne. Państwo zakładało i utrzymywało zakłady lecznicze o charakterze specjalistycznym. Na powiatowych związkach samorządu terytorialnego ciążył obowiązek zakładania i utrzymywania okręgowych ośrodków zdrowia obejmujących swoją działalnością jedną lub więcej gmin, powiatowych ośrodków zdrowia, szpitali powiatowych zapewniających leczenie co najmniej w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, ginekologii i położnictwa oraz chorób dziecięcych i zakaźnych.

1949

- 21 września 1949 roku Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie przejęcia na własność przez związki samorządu terytorialnego niektórych szpitali utrzymywanych przez stowarzyszenia: Polski Czerwony Krzyż, Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej, oraz przez kongregacje, związki, stowarzyszenia religijne i fundacje.
- Ustawa z dnia 7 kwietnia 1949 roku *o pokrywaniu opłat w szpitalach będących zakładami społecznymi służby zdrowia* (Dz.U. nr 25, poz. 174 z późn. zm.). Leczący ponosił opłaty za leczenie. W ustawie o pokrywaniu opłat w szpitalach uregulowano kwestię odpłatności za

leczenie, określając stawki dopłaty w zależności od ustalonych progów dochodowych. Dotyczyła ona leczenia chorych, którzy trwale nie posiadają dostatecznych środków do zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych i są niezdolni do pracy. W przypadku braku podmiotów zobowiązanych do poniesienia opłaty za leczenie, pokrywały ją powiatowe związki samorządowe oraz gminy wiejskie i miejskie, w których leczony miał prawo do opieki społecznej (na podstawie ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 roku *o opiece społecznej* – Dz.U. nr 92, poz. 726, z późn. zm.).

1950

Państwowy Zakład Lecznictwa Pracowniczego przejął zadania ubezpieczalni społecznych (Ustawa z dnia 20 lipca 1950 roku *o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych* – Dz.U. nr 36, poz. 333).

1951

- Państwo przejmuje na własność prywatne apteki (Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku *o przejęciu aptek na własność państwa* – Dz.U. nr 1, poz. 1 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 roku *o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia* (Dz.U. nr 67, poz. 466). Budżet zaczął finansować opiekę zdrowotną z podatków ogólnych i innych dochodów budżetowych.

1952

- 22 lipca 1952 roku uchwalono Konstytucję Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz.U. nr 33, poz. 232 z późn. zm.), która w świetle przepisu art. 60 stanowiła, że obowiązkiem państwa jest podejmowanie wszelkich działań w celu zapobiegania chorobom i udzielania pomocy w razie ich wystąpienia.
- Instytucje ubezpieczeń społecznych, w celu wykonywania zadań w zakresie udzielania pomocy leczniczej osobom ubezpieczonym, korzystały z ośrodków zdrowia państwa i samorządu terytorialnego. Mogły tworzyć nowe zakłady lecznicze samodzielnie lub wspólnie ze związkami samorządu terytorialnego. Podstawą tworzenia było centralne planowanie, które nie uwzględniało rzeczywistych potrzeb. Minister zdrowia określał normy obsady personalnej, normy w zakresie gospodarki zasobami, regulaminy wewnętrzne oraz wytyczne w zakresie planowania i statystyki.
- Scentralizowany charakter i likwidacja samorządu terytorialnego wywołały negatywne skutki. Gospodarka finansowa w służbie zdrowia była oparta na tzw. Planie odcinkowym narodowego planu gospodarczego. Nie ilość wykonywanych zadań stanowiła o wysokości finansowania. System miała charakter antymotywacyjny. Jednostki pozbawione zachęt ekonomicznych do racjonalnego gospodarowania zasobami nadmiernie rozbudowywały istniejącą już bazę.

1973

Zespolenie organizacyjne lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego poprzez tworzenie zespołów opieki zdrowotnej (zespoły opieki zdrowotnej przetrwały aż do 1999 roku).

1975

Dokonano zespolenia na poziomie wojewódzkim, tworząc wojewódzkie szpitale zespolone i wojewódzkie zespoły specjalistyczne.

1976

Nowelizacja art. 70 Konstytucji z 1952 roku. Wprowadzono regułę bezpłatnej pomocy lekarskiej dla wszystkich ludzi pracy i ich rodzin.

Lata 1989-1999

1989

Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku *o izbach lekarskich* (Dz.U. nr 30, poz. 158).

1990

- Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku *o samorządzie terytorialnym* (Dz.U. nr 16, poz. 95) przewidywała, że gmina realizuje zadania z zakresu ochrony zdrowia jako zadania własne. Zgodnie z art. 8 Ustawy z dnia 17 maja 1990 roku *o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych, pomiędzy organami gminy a organami administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw* (Dz.U. nr 34, poz. 198, z późn. zm.), do zadań gminy należało prowadzenie zakładów społecznych służby zdrowia. Na podstawie art. 35 ustawy *o zakładach opieki zdrowotnej* z 1991 roku (Dz.U. nr 91, poz. 408), samorząd gminy otrzymuje prawo do zakupu świadczeń medycznych na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych, na podstawie zawieranych umów.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku *o samorządzie gminnym* (tekst jednolity Dz.U. z 2001 roku, nr 142, poz. 1591, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz.U. z 1991 roku nr 7, poz. 24, z późn. zm.).

1991

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. nr 91, poz. 408) zapoczątkowuje rozwój prywatnego sektora opieki zdrowotnej. Przedmiotowy akt prawny ustawy przekreśla wyłączny monopol państwa na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. Mogły być zakładane przez Kościoły i związki wyznaniowe, instytucje ubezpieczeniowe, zakłady pracy, stowarzyszenia, fundacje i inne. Ustawa nadaje status samodzielności zakładom. Status samodzielności miał wiele wymiarów. Między innymi zakłady nabyły prawo do uzyskiwania zróżnicowanych źródeł finansowania, prawo do swobodnego działania na rynku finansowym (łącznie z prawem zaciągania kredytów w tzw. rocznych limitach), prawo zatrzymywania wygospodarowanych nadwyżek pozostających po wytworzeniu zobowiązań finansowych, samodzielnego decydowania o kształcie wewnętrznej struktury administracyjnej, prawo kontraktowania usług u zewnętrznych dostawców. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie nadawała jednostkom samodzielności prawnej i autonomii.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz.U. nr 41, poz. 178 z późn. zm.).

1994

- Powstaje tzw. dokument z Jachranki, w którym zalecano przyjęcie ustawy ubezpieczeniowej.
- Racjonalizacja wydatków publicznych zakładów opieki zdrowotnej, poprzez stosowanie Ustawy z dnia 10 czerwca 1994 roku *o zamówieniach publicznych* (tekst jednolity Dz.U. z 2002 roku, nr 72, poz. 664, z późn. zm.).

1997

- Przełomowa nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 roku *o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw* – Dz.U. nr 104, poz. 661, z późn. zm.), odnosząca się do form prowadzenia publicznych zakładów i już jako wyjątek przewidywała prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej w formie jednostki bądź zakładu budżetowego.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku *o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.) – nowelizowana gruntownie w 1998 roku - stworzyła podwaliny funkcjonowania odmiennego niż dotychczas systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Określiła zasady

kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych. Dała przesłanki do poglądu o poprawie jakości udzielanych świadczeń i większej trosce o pacjenta.

- Powstaje nowa Konstytucja z 1997 roku. Jej art. 68 stanowi: *każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*

1998

- Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku *o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw* (Dz.U. nr 117, poz. 456 z późn. zm.). Ustawa wprowadza do systemu następujące zasady: powszechność (która oznaczała objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym według jednolitych zasad wszystkich podstawowych kategorii osób zawodowo czynnych i członków ich rodzin, a także innych grup osób, których objęcie tym ubezpieczeniem nie ma związku z wykonywaniem pracy zarobkowej, np. osób pobierających zasiłki), obowiązkowość (ustawa nakłada na obywateli przymus ubezpieczenia się). Wejście w życie ustawy wiąże się z przyjęciem nowego modelu systemu zdrowotnego opartego na tzw. systemie ubezpieczeniowym, który wywodzi się z tradycji klasycznego Bismarckowskiego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku *o samorządzie powiatowym* (Dz.U. nr 91, poz. 578 z późn. zm.).

Lata 2000–2010

2000

Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 roku *o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne* (Dz.U. nr 122, poz. 1324). Zlikwidowano między innymi Krajowy Związek Kas Chorych, który był odpowiedzialny za przyjęcie standardów procedur medycznych oraz ujednoczenie zasad gromadzenia i przekazywania przez kasy chorych danych dotyczących planowania i realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

2001

Przyjęta kolejna *nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw* z dnia 20 lipca 2001 roku (Dz.U. nr 88, poz. 961, z późn. zm.) wprowadza zasadę gwarancji państwa. Usunięto częściowo bariery dostępności (uzupełniono brak ubezpieczenia dla dzieci nieubezpieczonych rodziców), umożliwiono skorzystanie z porad niektórych specjalistów bez skierowania, wprowadzono obowiązek zawierania umów oraz finansowania badań profilaktycznych, a także promocji zdrowia dzieci i młodzieży do 18. roku życia, uznano uprawnienia lekarzy wykonujących swoje praktyki poza kontraktami do wypisywania skierowań umożliwiających hospitalizację w ramach świadczeń ubezpieczeniowych.

2003

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku *o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (Dz.U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.). Dotychczas istniejące kasy chorych zostają przekształcone w jeden ogólnopolski fundusz z centralą w Warszawie oraz 16 oddziałów wojewódzkich. W miejsce branżowej kasy chorych powstaje w centrali w NFZ departament do spraw służb mundurowych reprezentowany w poszczególnych oddziałach przez wydziały do służb mundurowych. NFZ został dysponentem składek na ubezpieczenia zdrowotne, przekazywane za pośrednictwem ZUS I KRUS.

2004

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008 roku, nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Ustawodawca, modyfikując system ubezpieczeniowy, włączył w jego zakres mechanizmy administracyjne.

Opracowano na podstawie: A., Zemke-Górecka [2010, s. 1-60]; W.C. Włodarczyk [1996, s. 331–334]; M. Nestorowicz [2000, s. 5–6]; J. Leowski [2000, s. 21; 2010, s. 159–182].

Załącznik 2. Historia koncepcji reformatorskich

Lata 1948–1952

- Uwarunkowania polityczne i historyczne po II wojnie światowej. Wzorzec N.A. Siemaszki oraz koncepcja J. Piotrowskiego (J. Piotrowski, *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia*, Łódź 1948).
- Ustawa z dnia 29 listopada 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. nr 55, poz. 434).
- Za punkt wyjścia wszelkich zmian przyjęto ideę przejścia przez państwo odpowiedzialności za opiekę zdrowotną. Każdy ma prawo do opieki lekarskiej i leków, bez względu na stopień zależności.
- Monopolizacja – pełna odpowiedzialność państwa, przejście przez organy państwowe wszystkich obszarów decyzji dotyczących sektora zdrowia.
- Likwidacja samorządów zawodowych.
- Biuro Polityczne PZRP podejmowało decyzje o przekazaniu określonej puli środków na działania sektora zdrowotnego.
- Konstytucyjny zapis z 1952 roku o bezpłatnej pomocy lekarskiej w razie choroby – deklaracja polityczna.

Lata 1953–1972

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej (Dz.U., nr 36, poz. 183).

Lata 1973–1975

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz.Urz. MZiOS, nr 25, poz. 134).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1975 roku w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zakładów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. nr 12, poz. 38).
- **I szczebel systemu** – podstawowa opieka zdrowotna:
- dla ludności miejskiej – świadczenia zapobiegawcze oraz indywidualne świadczenia profilaktyczno-lecznicze (medycyna ogólna lub chorób wewnętrznych, pediatria, położnictwo i ginekologia, stomatologia), poradnie (ogólna, dla dzieci, dla kobiet, stomatologiczna), rejonizacja dla przychodni i lekarza ze względu na miejsce zamieszkania,
- dla ludności wiejskiej – wiejskie ośrodki zdrowia; gminne ośrodki zdrowia (w miejscowościach będących siedzibą urzędów gminnych), przyzakładowe ośrodki zdrowia, opieka pracowników zakładów produkcyjnych położonych we wsi,
- dla niektórych osób pracujących – przychodnie przyzakładowe i międzyzakładowe na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1962 roku w sprawie

organizacji i zadań wkładów leczniczo-zapobiegawczych przemysłowej służby zdrowia (Dz.U. 1962 r nr 60, poz. 293),

- dla ludzi uczących się – lekarze i lekarze dentyści zatrudnieni we właściwej terenowo przychodni rejonowej w przedszkolach, placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach podstawowych; pracownicy poradni szkolnych (szkoły ponadpodstawowe); pracownicy właściwych terenowo gminnych, wiejskich i przyzakładowych ośrodków zdrowia na wsi; przychodnie akademickie.
- **II szczebel systemu** – I szczebel specjalistycznej opieki zdrowotnej – szpital ogólny lub rejonowy, obszar działania - z reguły teren powiatu, dla którego ZOZ został utworzony w 1973 roku (Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 7, poz. 52) – medycyna wewnętrzna, pediatria, ginekologia z położnictwem, chirurgia, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, poprzez sieć przychodni i poradni przyszpitalnych; po zniesieniu powiatu obwód zapobiegawczo-leczniczy.
- **III szczebel systemu** – II szczebel specjalistyczny – szpital wojewódzki – często zorganizowany jako wojewódzki szpital zespolony,
- **IV szczebel systemu** – III specjalistyczny – osadzony w strukturach szpitali klinicznych akademii medycznych i medycznych instytutów naukowych; w latach 1973–1975 ZOZ dzielił swoje uprawnienia decyzyjne z organami powiatu.

Lata 1976–1979

- Powiat ulega likwidacji. ZOZ staje się organizatorem opieki zdrowotnej dla mieszkańców obsługiwanego obszaru w ramach: opieki zapobiegawczej, opieki leczniczej, świadczeń leczniczo-opiekuńczych, oceny i organizowania zaspokojenia potrzeb w zakresie środowiskowej pomocy społecznej, stacjonarnych świadczeń opiekuńczych dla ludzi dorosłych.
- ZOZ dysponuje własnym budżetem, własnymi komórkami organizacyjnymi i własnym personelem. Formalnie podlega wojewodzie, w rzeczywistości decyzje rozstrzygane są przez zarządzenia ministra.

Okres 1980 – I połowa 1989

- Kwiecień 1981 roku – ukazał się Raport-Konwersatorium *Doświadczenie i Przyszłość* („Życie i Nowoczesność”, 2 kwietnia 1981 roku) – była to inicjatywa intelektualna, niezależna od rządu, w której podejmowano analizę i krytykę zaistniałej sytuacji, przygotowując jednocześnie różnorodne propozycje zmian.
- Kwiecień 1981 roku – Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego przedstawił projekt ustawy o samorządzie zawodowym („Służba Zdrowia” 1981, nr 15 (1755)).
- Lato 1981 roku – w MZiOs przedstawiono pierwszy raport zespołu J. Induskiego, prezentujący propozycje zmian organizacji i zarządzania oraz regionalizacji dziesięciu regionów w zarządzaniu (J. Indulski, T. Gdulewicz, L. Szymborski, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki uprawnień*, „Zdrowie Publiczne” 1981, t. 92, nr 11).
- Jesień 1981 roku – przedstawiono dokument Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego – projekt reformy służby zdrowia (wersja III), opracowany przez K. Tymowską (na podstawie prac Społecznego Zespołu PTE w składzie A. Małecki, J. Splawiński, Z. Szmigiel, K. Tymowska, L. Wdowiak).
- Eksperyment wolnego wyboru lekarza – 18 grudnia 1981 roku pilotażowe wdrożenie przygotowane przez dwa zespoły łódzkie: pracowników katedry Medycyny Społecznej AM i Instytut Medycyny Pracy (A. Mazur, *Eksperyment wolnego wyboru lekarza dla populacji dorosłej w miejscu zamieszkania*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1986, część I, nr 7, s. 32–35, część II, nr 8, s. 34–41),
- Wiosna 1983 roku – powołano Rządową Komisję ds. Reformy Gospodarczej. W jej ramach Zespół XIII zajmował się sektorami socjalnymi, w tym także zdrowiem.

- Grudzień 1983 roku – opublikowano projekt ustawy o Izbach Lekarskich (*Projekt ustawy o samorządzie lekarskim*, „Służba Zdrowia” 1983, nr 50 (1875)).
- Wrzesień 1985 roku – Polska opracowała swoją strategię *Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku*, (Rządowa Komisja do Opracowania Raportu ZDW 2000, maszynopis – sierpień 1985, PZWL, Warszawa 1987) – dokument nie nabrał oficjalnego i obowiązującego charakteru, przedstawiono go jako „studium przedplanistyczne”.
- 1987 i 1988 rok – opracowano raport Komisji Partyjno-Rządowej *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Tezy* (maszynopis powielony, Komisja Partyjno-Rządowa ds. Przeglądu i Unowocześniania Struktur Organizacyjnych Obsługi Ludności, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, styczeń 1988 roku). Na raport składały się dwa istotne dokumenty: *Założenia i kierunki reformy opieki zdrowotnej*, opracowali (Z. Brzeziński, W. Majewski, P. Tyszek, maszynopis powielony, Warszawa 30 czerwca 1987) oraz *Kierunki zmian zmierzających do poprawy działalności ochrony zdrowia oraz kształcenia lekarzy* (A. Wojtczak, maszynopis powielony, 30 września 1987 roku). W dokumencie przedstawiono krytyczny obraz działania służby zdrowia oraz zaprezentowano propozycje ubezpieczeniowe. Zalecono obiektywizację kryteriów przyznawania środków dla jednostek terenowych.
- Grudzień 1988 roku – II raport zespołu J. Induskiego, (*Kierunki reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej*, opracowanie zespołu w składzie: L. Dawydzik, T. Gdulewicz, J. Indulski, M. Smoleń, C. Włodarczyk, J. Wysocki, MZiOS, maszynopis powielony, Warszawa grudzień 1988 – styczeń 1989). Przygotowany dokument brał pod uwagę ustalenia wcześniejszych koncepcji. Zaproponowano faktyczne uspołecznienie systemu, zagwarantowanie koszyka świadczeń zdrowotnych, system dodatkowych ubezpieczeń. Raport po zmianach Ministerstwa przybrał postać dokumentu: *Kierunki reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej, materiał do dyskusji* (MZiOS Warszawa luty 1989). W dokumencie po zmianach zrezygnowano ostatecznie z koszyka świadczeń podstawowych na rzecz opracowania standardów postępowania medycznego, zrezygnowano także z koncepcji lekarza rodzinnego jako fundamentalnego elementu składowego systemu.
- 23 grudnia 1988 roku – przyjęcie ustawy *o działalności gospodarczej* (Dz.U. nr 41, poz. 324, z późn.zm.) – ogromny impuls zmieniający sytuację w sektorze zdrowotnym. Dzięki ustawie wykreował się prywatny rynek farmaceutyczny oraz stworzono możliwość prowadzenia prywatnej praktyki.
- 14 marca 1989 roku – Okrągły Stół – Podzespół ds. Zdrowia, protokół końcowy wraz z załącznikami. W protokole pojawiło się poparcie dla ubezpieczeniowej metody finansowania opieki zdrowotnej. Dokonano krytyki dotychczasowych działań reformatorskich oraz udzielono poparcia dla ubezpieczeniowej metody finansowania opieki zdrowotnej, gdzie składki ubezpieczeniowe miały uzyskać formę celowego podatku dla podmiotów gospodarujących (zwolnienie ze składek pracowników najemnych). Szczególną rolę w działaniach systemu przypisano podstawowej opiece zdrowotnej.
- 17 maja 1989 roku – przyjęcie ustawy *o izbach lekarskich* (Dz.U. z 1989 roku, nr 30, poz. 158 i z 1990 nr 20, poz. 120). Do zadań samorządu lekarskiego zaliczono sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza. Samorząd otrzymał uprawnienie do przyznania, zawieszenia bądź pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Okres II połowa 1989 – 1991

(rządy postsolidarnościowe Premierów: T. Mazowieckiego, J. K. Bieleckiego, J. Olszewskiego)

- Uchwalona pod koniec grudnia 1989 roku Konstytucja nie tylko zachowywała wszystkie stare prawa socjalne, ale deklarowała, że Rzeczpospolita jest krajem sprawiedliwości społecznej.

- Listopad 1989 roku – prace nad autorskim projektem zespołu w składzie: S. Golinowska, K. Tymowska, C. Włodarczyk zatytułowanym *W interesie zdrowia – projekt reformy opieki zdrowotnej* (został opublikowany w Biuletynie Instytutu Gospodarki Narodowej w 1990 roku).
- Listopad 1989 roku – opublikowano projekt społeczny zespołu w składzie: K. Kuszewski, W. Majewska, J. Opolski, J. Staręga-Piasek, L. Wnuk-Lipiński zatytułowany *Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej* (MZiOS, Warszawa).
- Marzec 1990 roku – reforma administracji publicznej – ustawa z dnia 8 marca 1990 roku *o samorządzie terytorialnym*, (Dz.U. nr 16, poz. 35 z późn. zm.).
- Maj 1990 roku – pierwsza misja Banku Światowego – raport *Poland Health Sector Overview Issues and Options*, autorstwa A. Prekera (w wersji polskiej: *Raport misji Sektora Społecznego Banku Światowego dla Polski*) Przygotowany przez A. Prekera, pod red. M.E. Ioung, G.Elle-na, raport zapoczątkował dokumenty, w których przedstawiono koncepcje przebudowy sektora zdrowotnego w Polsce. Autorzy zwrócili uwagę na złą sytuację zdrowotną społeczeństwa jako główny punkt odniesienia wszystkich propozycji reformatorskich. Wskazano, że zasadniczym problemem było nie tylko złe wykorzystanie zasobów, ale również zerwanie związków między tworzeniem infrastruktury z zapewnieniem środków finansowych na jej bieżące funkcjonowanie. Raport odnosił się do zagadnień: zespołów opieki zdrowotnej, systemów „równoległych”, wydatków, bezpieczeństwa socjalnego oraz strategii zmian.
- II misja Banku Światowego – raport: *Health System Reform: Meeting the Challenge*. Ukazano nowe obszary przekształceń strukturalnych w sektorze obejmując promocję zdrowia i działalność zapobiegawczą, efektywność opieki zdrowotnej i nowe rozwiązania dotyczące finansowania opieki zdrowotnej. Przedstawiono nowe spojrzenie na zakłady opieki zdrowotnej, ustosunkowano się także do braków zasobów, technologii i polityki społecznej.
- Wrzesień 1990 roku – Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEZ) w Warszawie przedstawiło dokument z dnia 14 września 1990 roku *Proces reformowania systemu opieki zdrowotnej* (maszynopis powielony). Zaakcentowano, że dla osiągnięcia celów reformy konieczne jest zaakcentowanie idei odpowiedzialności państwa za stwarzanie warunków realizacji prawa obywatela dla zdrowia oraz wyrażono sugestię, że przekształcenia własnościowe są pożądane i powinny być popierane (z odpowiedzialnością państwa za zdrowie). Odpowiedziano się za wprowadzeniem rozwiązań ubezpieczeniowych.
- Listopad 1990 roku – oficjalne przyjęcie ww. dokumentu w MZiOS jako *Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej*. W dokumencie podkreślano, że reforma jest procesem związanym z rozwojem gospodarczym i zachodzącymi zmianami instytucjonalnymi. W dokumencie rządowym postawiono problem braku jasności, co do zdefiniowania zakresów zobowiązań różnych podmiotów polityki zdrowotnej w ramach polityki społecznej państwa. Przedstawiono rolę koordynacyjną i mediacyjną państwa oraz traktowanie polityki zdrowotnej jako części całościowej polityki społecznej. Jednocześnie poparto rozwiązania ubezpieczeniowe jako metodę kształtowania uprawnień do świadczeń zdrowotnych, dostrzeżono kwestię bezpośredniego udziału ludności w finansowaniu opieki zdrowotnej. Dokument nie odegrał znaczącej roli. Była to jedna z ostatnich decyzji rządu premiera Mazowieckiego.
- Listopad 1990 roku – *Narodowy Program Zdrowia. Założenie polityki zdrowotnej państwa* (MZiOS, Warszawa). Podstawową przesłanką programu było przeciwstawienie się stereotypowi utożsamiania ochrony zdrowia z opieką medyczną. W strukturze programu wyróżniono cele strategiczne i cele operacyjne.
- Luty 1991 roku – idea integracji opieki zdrowotnej przedstawiona przez redaktora *Health Policy*, J. Blanpaina. Zorganizowano w Warszawie seminarium, ogłoszono konkurs dla województwa, które byłoby w stanie przygotować szkic integracji regionalnej.
- Kwiecień 1991 roku – przyjęto Ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 roku *o izbach aptekarskich* (Dz.U. nr 41, poz. 179). Samorząd uzyskał prawo stwierdzenia prawa wykonywania

- zawodu, negocjowania ogólnych warunków pracy i płacy, wyrażania zgody w sprawach udzielania lub cofania koncesji na prowadzenie aptek lub hurtowni, negocjowanie marż i cen środków farmaceutycznych.
- Kwiecień 1991 roku – przyjęto Ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 roku *o samorządzie pielęgniarzek i położnych*, (Dz.U. nr 41, poz. 178), która regulowała kwestie sprawowania pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu; ustalania i upowszechniania zasad etyki zawodowej i nadzór nad ich przestrzeganiem; ustalania standardów zawodowych i kwalifikacji niezbędnych na poszczególne stanowiska; zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki państwa oraz organizacji ochrony zdrowia; regulowała rozwój pielęgniarstwa, dotyczyła integracji środowiska i jego obrony.
 - Czerwiec 1991 roku – powstało Polskie Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, pod auspicjami K. Tymowskiej (od stycznia 1992 roku K. Tymowska jest redaktorem naczelnym miesięcznika „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej”).
 - Sierpień 1991 roku – posiedzenie kierownictwa resortu, na którym przedstawiono *Projekt stanowiska w sprawie scenariusza ratunkowego* (maszynopis). W projekcie tym sformułowano ogólną diagnozę dramatycznej sytuacji, w której stwierdzono, że w Polsce przekroczona została bariera wydatków na opiekę zdrowotną. Dramatyczna sytuacja została uznana za wynik przede wszystkim strukturalnych i historycznych uwarunkowań systemu oraz bieżących zaniedbań.
 - Sierpień 1991 roku – przyjęto Ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. nr 91, poz. 408) – przekształcającą zasady funkcjonowania i organizację system.
 - Koniec 1991 roku – prace dotyczące reformowania podjęło Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu (G. Ciura, *Ochrona zdrowia*, w: *Koncepcje polityki społecznej w Polsce w latach 1989–1991*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu Raport nr 12, Warszawa styczeń 1992). We wnioskach przyjętych w dokumencie podkreślano zły stan zdrowotności społeczeństwa skorelowany z trudnościami opieki zdrowotnej, konieczność finansowania systemu z budżetu państwa, zwrócono uwagę na kwestię dostępności usług ochrony zdrowia.
 - Październik 1991 roku – przyjęto Ustawę z dnia 10 października 1991 roku *o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym*, (Dz.U. nr 105, poz. 452). Ustawa definiuje pojęcia związane z rynkiem farmaceutycznym. Wprowadza obowiązek wpisu środków i materiałów do rejestru i określa zasady jego prowadzenia. Ponadto wprowadza koncesję na działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania środków farmaceutycznych oraz materiałów medycznych oraz organ ustawowo powołany do sprawowania nadzoru – Państwowy Nadzór Farmaceutyczny,
 - Grudzień 1991 roku – Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił nowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

Lata 1992-1993***

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 stycznia 1992 roku *zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpłatności niektórych świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia* (Dz.U. 1992, nr 2, poz. 12) przyznawało świadczenia bezrobotnym oraz uprawnienia do świadczeń dzieci do lat siedmiu oraz nie będących uczniami osób do osiemnastego roku życia. Wcześniejsza ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku *o pomocy społecznej* (Dz.U. 1990, nr 87, poz. 506) zawierała między innymi zapisy dotyczące korzystania z bezpłatnych leków dla honorowych krwiodawców, inwalidów wojennych i wojskowych, osób chorych na choroby zakaźne.
- II połowa 1992 roku – powstaje projekt zmian reformatorskich: R. Niżankowski, P. Kolbarczyk, *Nowoczesny system opieki zdrowotnej* (Warszawa 1992). Dokument, przedstawiony jako część oficjalnego programu politycznego Kongresu Liberalno-Demokratycznego i zaprezentowany przed wyborami 1993 roku, wraz z kłeską wyborczą ugrupowania poszedł w zapomnienie. W dokumencie określono, że żaden z działających systemów w innych krajach nie może być

traktowany jako rozwiązanie wzorcowe i konieczne jest budowanie modelu otwartego, w którym istnieją możliwości adaptacyjne do zmieniających się warunków. Nadrzędne cele reformy określono w sposób następujący: poprawa zdrowotności, zwiększenie satysfakcji i poczucia bezpieczeństwa, poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, kształtowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie.

- 1992 rok – za rządów premier H. Suchockiej, w ramach prac rządowych przygotowano następujące dokumenty: założenia dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych (przygotowane przez Zespół ds. Przygotowania Projektu Założeń Ubezpieczeń Zdrowotnych Komitetu Społecznego Rady Ministrów); założenia ogólne ubezpieczeń zdrowotnych (przygotowane przez Międzyresortowy Zespół ds. Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych); raport dla Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Administracji Publicznej; założenia ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (przygotowane przez Parlamentarno-Związkowy Zespół Ubezpieczeń Zdrowotnych NSZZ Solidarność).
- Wiosna 1993 – projekt zmian w podziale zadań, kompetencji i odpowiedzialności w ochronie zdrowia w związku z reformą administracji publicznej wprowadzającą powiat samorządowy jako ponadgminną strukturę samorządu terytorialnego. Raport dla Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Administracji Publicznej przygotował zespół pod kierunkiem J. Ruskowskiego (Warszawa, 31 marca 1993 roku).
- Opracowano projekt ekspercki *System 2000 ubezpieczeń społecznych i opieki zdrowotnej w Polsce* przygotowany przez J. Gościńskiego (kierownik zespołu), A. Patulskiego, K. Grabskiego oraz konsultantów niemieckich (finansowany ze środków Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, KBN oraz Uniwersytetu w Duisburgu). Projekt zawierał kompleksowe podejście do reformy sektora zdrowotnego. Przedstawiał propozycje przebudowy ubezpieczeń społecznych w Polsce. Według autorów projektu system powinien ułatwić dostęp do usług lekarskich wszystkim ubezpieczonym oraz w lepszy sposób wykorzystywać potencjał ludzi i wyposażenia, a w konsekwencji zwiększać efektywność usług zdrowotnych. Narzędziami do uzyskania powyższych celów miała być konkurencja między dostawcami świadczeń zdrowotnych.
- Opracowanie *Miejskiego programu pilotażowego* (szerzej: C. Włodarczyk, *Program pilotażowy w ochronie zdrowia. Próba syntezy*, „Samorząd Terytorialny” 1996, nr 6 (66), s. 91-113). Podstawowe zasady realizacji programu pilotażowego określono w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1993 roku w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i specjalnej, które mogą być przekazane niektórym gminom o statusie miasta wraz z mieniem służącym do ich wykonywania a także zasad i trybu ich przekazania (Dz.U. nr 65, poz. 309, z późn. zm). Ważną cechą mechanizmu pilotażowego było przyjęcie zasady określającej tryb przekazywania uprawnień decyzyjnych i kompetencji administracji rządowej do usprawnień samorządowych. W pilotażu przyjęto koncepcję oddłużania zakładów. Zobowiązanie finansowe sprzed 1 lipca 1993 roku nie przechodziły na gminy, przejmujące zadania. Oddłużanie następowało z mocy prawa, natomiast zobowiązania powstałe po 30 czerwca 1993 roku, a przed 1 stycznia 1994 roku, miały być uregulowane w sposób określony porozumieniem. Pilotaż stał się potężnym bodźcem wzmacniającym nurt samorządowej reformy opieki zdrowotnej, ale bez całościowej wizji zmian.
- Lipiec 1993 roku – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przedstawiło dokument *Narodowy Program Zdrowia – wersja znowelizowana*. W programie wyróżniono cele strategiczne, cele zdrowotne i kierunku realizacji. Do celów nadrzędnych zaliczono: poprawę stanu świadomości i kultury zdrowotnej, zmniejszenie narażenia osób i populacji na czynniki szkodliwe oraz zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Lata 1994-1997

- Pojawiły się trzy najważniejsze koncepcje dla osiągnięcia postępu reformy: (1) zakres świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, (2) funkcje i struktury ZOZ ze szczególnym

- uwzględnieniem zagadnienia samodzielności, (3) ubezpieczenia jako metoda ustalenia uprawnień do świadczeń mechanizmu finansowania opieki,
- 1994 rok – projekt *ustawy o zakresie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych* (druk sejmowy 1166). Projekt zawierał szeroki zakres świadczeń, biorąc pod uwagę aktualne możliwości państwa w zakresie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.
 - 1994 rok - *Strategia dla Zdrowia* (opublikowana w „Antidotum” 1994, nr 9/10, s. 3-11). Dokument miał stanowić konkretyzację w odniesieniu do sektora zdrowotnego, kierunków strategii makroekonomicznej przedstawionej w *Strategii dla Polski*. W dokumencie nie tylko zdiagnozowano ówczesną sytuację, ale także przedstawiono cele strategiczne: poprawa stanu zdrowia, zapewnienie powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem równych praw, zwiększenie wydajności systemu opieki zdrowotnej i poprawa jakości świadczeń, zapewnienie stabilnych źródeł zasilania. Wskazano również dziewięć kierunków działań, jako środki do realizacji celów strategicznych.
 - Na przełomie stycznia i lutego 1994 roku kolejna misja Banku Światowego poddała krytycznej analizie prowadzenie projektu, w wyniku czego zredukowano kwotę pożyczki do 90 mln USD, a także zmniejszono realizację celów.
 - 29 stycznia i 15 marca 1994 roku – przyjęcie tzw. dokumentów z Jachranki. W wyniku odbytych spotkań przedstawiono „Rekomendacje dotyczące zmian w systemie opieki zdrowotnej” i „Rekomendacje dotyczące założeń ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Rekomendacje zwracały uwagę na powszechność systemu, podział składki między pracodawcę i ubezpieczonego, wprowadzenie alternatywnego ubezpieczyciela i rezygnację w stosunku do niego z idei podziału funkcji między płatnika i wytwórcę świadczeń.
 - Marzec 1994 roku – przedstawiony został dokument *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej* pod kierunkiem M. Balickiego (maszynopis). W dokumencie stwierdzono między innymi, że dominującym modelem działania POZ w przypadku lekarza rodzinnego powinna się stać prywatna praktyka lekarska włączona w system publicznej opieki zdrowotnej poprzez kontrakt. Projekt ten został odrzucony. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w maju 1994 roku przyjęło inny dokument – *Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Strategia realizacji celów*, opracowany przez zespół pod kierownictwem M. Latańskiego (MZiOS, Warszawa).
 - Grudzień 1994 roku – przedstawiono *Założenia projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, (MZiOS, Warszawa, maszynopis powielony). Zasadniczym celem przygotowywanej regulacji miało być zastąpienie dotychczasowego zaopatrzeniowego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego z budżetu państwa, przez system ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze składek. Powstanie rządowego projektu ustawy ubezpieczeniowej oraz prezydenckiego (L. Wałęsy) projektu powszechnych ubezpieczeń – przedstawiały rozbieżne stanowiska, które miały być rozpatrzone przez Nadzwyczajną Komisję Sejmową (komisję powołano w listopadzie 1995 roku). W 1996 roku Nadzwyczajna Komisja przedstawiła nowy projekt ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, łączący w założeniach dwa wcześniejsze projekty – po burzliwych debatach w Sejmie i Senacie 6 lutego 1997 roku ustawa została uchwalona.
 - Koniec 1995 roku – Sejm przyjął akt prawny radykalnie zmieniający wiele podstawowych zasad regulujących rolę gmin wielkomiejskich w organizowaniu opieki zdrowotnej (*Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych* – Dz.U. nr 141, poz. 692).
 - 1996 rok – Sejm uchwalił ustawy: Ustawę z dnia 5 lipca 1996 roku *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 1996 nr 91, poz. 410) oraz Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodzie lekarza* (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152). W przypadku ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej fundamentalne stało się inne uplasowanie pielęgniarek i położnych jako profesjonalistów w dotychczasowych relacjach w szpitalu, tak aby były aktywnymi uczestnikami postępowania medycznego, a nie tylko biernymi wykonawcami poleceń lekarskich.

- wrzesień 1996 roku Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia MZiOS publikuje *Narodowy Program Zdrowia 1996-2005*. Mimo że dokument nie ma rangi aktu prawnego, a wchodzące w jego skład zalecenia nie mają charakteru obowiązującej normy, to jednak stanowi wyznacznik działań dla środowisk medycznych. Autorzy *Programu* stawiają jeden cel strategiczny z trzema składowymi: kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia i podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych, kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy, życia i nauki, zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.
- Znaczące w tym okresie było też wprowadzenie ustaw: Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U., nr 111, poz. 535); Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku *o publicznej służbie zdrowia* (Dz.U., nr 106, poz. 681) oraz Ustawy z dnia 26 października 1995 roku *o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz.U., nr 138, poz. 682).

Lata 1998-2004

- Instytut Spraw Publicznych stwierdził, że SPZOZ są z punktu widzenia prawa hybrydą i stwarzają spore problemy dla orzecznictwa. Konstrukcja prawna SPZOZ jest niespójna i wymaga ponownego opracowania. Niewłaściwe jest traktowanie SPZOZ podobnie do przedsiębiorstwa państwowego (co uczyniło MZ). Zakład opieki zdrowotnej powinien być powołany przez oddzielny podmiot prawny (*Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Analizy i Opinie” 2003 nr 6 (2)).
- *Plan uporządkowania sytuacji w opiece zdrowotnej* J. Hausnera. Projekt niezależnych ekspertów przewidywał wzmocnienie systemu oraz wprowadzenie efektywności zakładów opieki zdrowotnej. Zasadniczym instrumentem miała być komercjalizacja i prywatyzacja zakładów oraz konkurencja o pacjenta.
- 2003 rok – ukazała się ekspertyza: M. Boni, A. Kruszewski, M. Gorajek, *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, opracowana dla J. Hausnera.
- Październik 2003 roku – wiceminister J. Hausner utworzył przepisy pozwalające na wzięcie pożyczek z budżetu dla szpitali, które przekształciły się w spółki.
- Początek 2004 roku – minister zdrowia L. Sikorski powołał kolejny zespół złożony z ekspertów w dziedzinie prawa, ekonomii, medycyny i etyki. Efektem jego prac była *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu* (Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa, 15 marca 2004 roku).
- Wrzesień 2004 roku – suma zajęć komorniczych (w wyniku lex 203) sięgała kwoty 1,8 mld zł (*Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia*, MZ, Warszawa, listopad 2004).
- Październik 2004 – na wniosek M. Balickiego rząd zgłosił autopoprawkę do ustawy. Szpitale mogą, ale nie muszą przekształcić się w spółki. Te, które się zdecydują, mogą liczyć na umorzenie pożyczki.
- 21 grudnia 2004 roku – zespół pod przewodnictwem S. Golinowskiej na zlecenie ministra zdrowia przygotował raport: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*. Stwierdzono w nim istnienie trwałego zakłócenia równowagi finansowej systemu. Ponadto zidentyfikowano przyczyny pogrupowane na: wynikające z wad systemowych, ze złego zarządzania oraz spowodowane czynnikami zewnętrznymi (politycznymi i gospodarczymi).
- Wszystkie raporty wskazywały na dysfunkcję SPZOZ. Jedynym głosem przeciwnym wobec zmian był Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych.

Lata 2005-2010

- Luty 2005 roku – przepisy decydujące o tym, że dyrektorzy, którzy wezmą pożyczki, nie muszą wycofywać pozwów przeciwko Skarbowi Państwa o wypłacenie rekompensat za „ustawę 203”.
- 17 lutego 2005 roku – Sejm dorzuca w całości projekt ustawy.

- 15 kwietnia 2005 roku – uchwalono ustawę w wersji pozbawionej zapisów dotyczących procedury przekształceń w spółki. Przyjęta ustawa zakładała jedynie restrukturyzację finansową, bez wprowadzania pakietu zmian dotyczących wyeliminowania dysfunkcji w funkcjonowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- Wśród priorytetów z grudnia 2005 roku minister Z. Religa zaproponował 12 ustaw dotyczących systemu ochrony zdrowia. Na tej liście znalazły się między innymi projekty ustaw: o koszyku świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych, o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, o sieci szpitali. Proponowane regulacje ustawowe nie dotyczyły kluczowego problemu regulacji ustrojowych dotyczących SOZ. Projekt ustawy o przekształceniu ZOZ w spółki powstał, ale nie został poddany konsultacjom.
- Dopiero na początku 2008 nowy gabinet – D. Tuska -0 przygotował projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakładający przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego.
- Pojawiły się zmiany na poziomie regionalnym – samorząd województwa w nowym podziale kompetencyjnym jest podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie polityki regionalnej. Komponentem tej polityki jest między innymi polityka zdrowotna. Samorząd jest odpowiedzialny za ustalenie regionalnej sieci szpitali, poprawianie warunków dostępu do leczenia szpitalnego, stwarzania dostępu do wysoko specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego, uchwalanie planów zabezpieczenia zdrowotnego, działania z wiązane z promocją zdrowia, współpracę z innymi podmiotami na rzecz ochrony zdrowia, na obszarze województwa.
- Próba wprowadzenia ustawowego obowiązku przekształcenia wszystkich szpitali w spółki prawa handlowego zakończyła się niepowodzeniem. Rozwiązanie takie przewidywała uchwalona dnia 6 listopada 2008 roku ustawa *o zakładach opieki zdrowotnej* oparta na poselskim projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk sejmowy nr 284 z dnia 18 stycznia 2008 roku), która jednak została zawetowana przez Prezydenta RP i nie weszła w życie.
- Kwiecień 2009 roku - Rada Ministrów przyjęła program *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia* (chwała Rady Ministrów nr 58/2009 z dnia 27 kwietnia 2009 roku w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*).

Rok 2011

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (Dz.U. nr 112 poz. 654) nie tylko dopuszcza możliwość oddłużenia komercjalizowanego SPZOZ (w praktyce dotyczy to głównie szpitali, ponieważ większość pozostałych placówek ochrony zdrowia prowadzona jest już z formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej) ze środków publicznych, ale równocześnie wprowadza zagrożenie odpowiedzialnością podmiotu tworzącego za jego ujemny wynik finansowy. Ustawodawca zatem, nie wprowadzając bezpośrednio ustawowego obowiązku przekształcania szpitali w spółki, tworzy zarazem przymus ekonomiczny, który w sytuacji permanentnego zadłużenia i rocznego ujemnego wyniku finansowego większości z nich może faktycznie skłonić podmioty tworzące do podjęcia decyzji o komercjalizacji swoich szpitali, by uniknąć konieczności pokrywania ich zobowiązań.

Opracowano na podstawie: W.C., Włodarczyk [1978, 1983, 1987, 1991, 1994, 1995; 1998], M. Kachniarz [2008], P Horosz [2011].

Załącznik 3. Cechy wybranych systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej

Kraj	Cechy systemów								Własność szpitali
	system	źródło finansów	ciężar decyzyjny	płatnik usług szpitalnych	źródło finansowania inwestycji	katalog cen			
Austria	ubezpieczeniowy	składka i podatki	centralno-regionalny	kasy chorych i administracja	administracja regionów	centralny, modyfikowany	25% prywatnych, 75% samorządy lokalne		
Belgia	ubezpieczeniowy	składka i podatki	centralno-regionalny	kasy chorych (tuw)	administracja regionów	brak	60% prywatnych, 40% samorządy lokalne		
Dania	nhs - regionalny	podatki	regionalny	regiony	regiony	centralny	98% publicznych, samorządowych		
Finlandia	nhs - regionalny	składka i podatki	regionalny/gminy	gminy	przychody z usług	brak	95% samorządowe trusty, 5% prywatne		
Francja	ubezpieczeniowy	składka i podatki	centralno-regionalny	kasy chorych	administracja regionów	centralny, retrospektywny	65% publicznych, 35% prywatnych		
Holandia	ubezpieczeniowy	składka	centralny	fundusze ubezpieczeń	administracja regionów	część centralna, część negocjowana	65% publicznych, 35% prywatnych		
Niemcy	ubezpieczeniowy	składka i podatki	regiony	kasy chorych	administracja regionów	centralny	65% publicznych, 35% prywatnych		
Polska	ubezpieczeniowy	składka i podatki	centralny	narodowy fundusz zdrowia	administracja regionów	centralny, modyfikowany	Okolo 90% publicznych, w tym 80% SPZOZ, 20% Sp. z o.o.		
Wielka Brytania	nhs – kraje członkowskie	podatki	kraje	administracja/pct	7% przychodów z usług	brak	Trusty, rosnąca liczba fundacji i prywatnych (PPP)		
Włochy	nhs - regionalny	podatki	regiony	regiony/lhu	administracja regionów	centralny, modyfikowany	65% publicznych, 35% prywatnych (20% łóżek)		

Źródło: opracowano na podstawie: Kozierkiewicz, 2008, s. 83–84.

Załącznik 4. Liczba szpitali przekształconych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999-2010 (stan na dzień 7 marca 2011 roku)

Województwo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Razem
Dolnośląskie	0	0	0	5	2	6	1	1	0	8	0	1	24
Kujawsko-pomorskie	0	0	3	1	0	2	2	0	1	1	1	1	12
Lubelskie	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Lubuskie	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	2	2	9
Łódzkie	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	5
Małopolskie	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	6
Mazowieckie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	5
Opolskie	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	2	0	6
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Podlaskie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pomorskie	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	3	1	8
Śląskie	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	7	7	18
Świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Warmińsko-mazurskie	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	5
Wielkopolskie	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	2	7
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
Razem	0	2	6	8	5	14	5	3	9	19	21	22	114

Źródło: Załącznik 1 do Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010

ANEKS

**INFORMACJA O BADANIACH PROWADZONYCH
PRZEZ AUTORKE**

1. Badanie dotyczące oceny przez pacjenta jakości świadczenia usługi medycznej (przeprowadzone w styczniu 2013 roku – badanie własne)

Dotychczasowe badania percepcji jakości świadczonych usług przez pacjentów, były prowadzone najczęściej na poziomie ogólnym w gospodarstwach domowych [Malesa i Koehne 2011]¹ lub też w ramach pobytu w podmiotach leczniczych, wśród pacjentów hospitalizowanych. Dotąd podjęto niewiele prób zweryfikowania kryteriów, jakimi kierują się pacjenci, wybierając usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz tego w jaki sposób dokonują oceny relacji interpersonalnych w kontaktach z lekarzem.

Przedstawienie pełniejszego obrazu percepcji jakości wymagało podjęcia próby identyfikacji i oceny istotności czynników warunkujących ocenę procesu świadczenia usługi. Z tego powodu dociekania na temat różnicy w percepcji jakości oczekiwań pacjentów zostały oparte na własnej dokumentacji źródłowej. W celu zweryfikowania oceny kryteriów jakościowych, zdecydowano się na przeprowadzenie badań o charakterze ilościowym.

Badania metodą ankietową przeprowadzono na podstawie następującego harmonogramu: (1) ustalono cel badania oraz przygotowano hipotezy badawcze, (2) w celu wyłonienia kryteriów, które mogą rzutować na wybór podmiotu leczniczego oraz ocenę obsługi procesu świadczenia usługi, posłużono się kryteriami wskazanymi przez CBOS w ramach badania *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, [*Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, 2012]. (3) przygotowano instrument badawczy w postaci kwestionariusza, (4) przeprowadzono badanie sondażowe w celu zweryfikowania poprawności budowy instrumentu badawczego oraz ustalenia trudności wypełnienia kwestionariusza na podstawie instrukcji metodycznej badania.

Kwestionariusz ankietowy pt. „Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta”, zawierał, oprócz metryczki, pytania podzielone na trzy zasadnicze segmenty. Pierwsza część pytań dotyczyła wyboru placówki, druga – procesu świadczenia usługi, trzecia zaś – kontaktu z lekarzem w gabinecie. Zastosowano nie tylko pytania o charakterze obiektywnym (pytania dotyczące osoby respondenta), ale także pytania o charakterze subiektywnym obejmujące sądy i opinie respondentów na temat poruszanej problematyki. W większości pytań zapis kafeterii odpowiedzi był kategoryzujący, to znaczy uwzględniono możliwe warianty odpowiedzi, aby respondentom łatwiej było ustosunkować się do danego zagadnienia, przy czym respondent zawsze miał możliwość wpisania dodatkowej odpowiedzi w wariancie: *inne*.

¹ Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 4658 gospodarstw domowych liczących 13 236 osób, www.stat.gov.pl [dostęp: 15.07.2012].

Badanie przeprowadzono w styczniu 2013 roku na terenie Wielkopolski w wyznaczonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dobór jednostek do próby dokonany został za pomocą dwustopniowego schematu losowania. Jednostkami pierwszego stopnia były powiaty w województwie wielkopolskim, jednostkami drugiego stopnia – podmioty podstawowej opieki zdrowotnej. W wylosowanych zakładach podstawowej opieki zdrowotnej w dniu przeprowadzania badania obserwacji poddano wszystkich dorosłych pacjentów. Niezwykle ważną kwestią był wybór metody zbierania danych. Ze względu na to, że istniało ryzyko braku zainteresowania podmiotów wzięciem udziału w procesie badawczym, prowadzono wcześniej rozmowy telefoniczne z właścicielami, z prośbą o wyrażenie zgody. Zgodnie z metodyką prowadzonego badania kwestionariusze dostarczono osobiście do rejestracji. Osoby dorosłe zarejestrowane w dniu badania do lekarza rodzinnego miały możliwość uczestniczenia w badaniu. Kwestionariusze były rozdawane pacjentom, po ich wyjściu z gabinetu lekarskiego, a następnie wrzucane do specjalnie przygotowanej urny na odpowiedzi. Przy zastosowaniu powyższej metodyki badawczej wystąpił niski odsetek odmów ze strony pacjentów. Główną przyczyną pojawiających się odmów był przede wszystkim brak zaufania społeczeństwa do wszelkiego rodzaju badań ankietowych. W niektórych wypadkach na odmowę udzielania odpowiedzi miał wpływ stan chorobowy pacjenta (dolegliwości, chęć jak najszybszego podjęcia leczenia) lub brak zrozumienia celowości badania.

Z oceną materiału źródłowego wiąże się też reprezentatywność próby. Ze względu na to, że brakuje danych statystycznych odnoszących się do liczby pacjentów korzystających z usług podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce (nie chodzi tu o wykaz osób uprawnionych do korzystania), a szczególnie na terenie województwa Wielkopolskiego, niemożliwe było dokonanie oceny reprezentatywności próby. Stąd też do wyników niniejszego badania należy podchodzić z pewną dozą ostrożności.

Istotnym aspektem jest także problem wiarygodności tworzonej dokumentacji. Trzeba bowiem mieć świadomość, że materiał gromadzony metodą ankietową może być obciążony błędami. Błędy te mogą mieć charakter przypadkowy lub tendencyjny. W trakcie prowadzonych badań zaobserwowano pewien sceptycyzm w odniesieniu do poruszanych kwestii. Może to być wynikiem ogólnie panującej opinii o wadliwości rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej oraz niezadowolenia społeczeństwa w tym zakresie. W zebranych materiale udało się ominąć tzw. problem pamięci, ze względu na to, że respondenci byli proszeni o udział w badaniu tuż po wyjściu z gabinetu, a więc po skorzystaniu z usługi. W trakcie zbierania materiału zauważono jeszcze jedno zachowanie badanych. Respondenci upewniali się, czy badanie jest anonimowe i w czy w urnie z odpowiedziami znajdują się już kwestionariusze. Mogło to być spowodowane obawą, że wyrażone

ewentualnie niezadowolone będzie korelowane z konkretnym pacjentem i będzie miało wpływ na obsługę przy kolejnych wizytach. Zebrany materiał był odsyłany pocztową przez personel podmiotu, pod adresem Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Badanie było anonimowe i dobrowolne, wzięło w nim udział 411 pacjentów korzystających z usług placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Wśród respondentów dominowały kobiety, stanowiąc 60,1% ogółu badanych. Zależnie od miejsca stałego zamieszkania proporcje były następujące: w miastach mieszkało 63,4% zbadanych pacjentów, a 36,6% na wsi. Najliczniejsze grupy osób w badanej populacji to pacjenci w wieku 35–44 lat (21,7%) i w wieku 45–54 lat (19,8%). Najmłodszy pacjenci – do 25. roku życia – stanowili 15,4%, a w wieku 25–34 lat 16,6%. Osoby w wieku powyżej 55. roku życia to 26,9% zbiorowości, z czego 12,6% to pacjenci w wieku 65 lat i więcej.

W podziale ze względu na wykształcenie najliczniejszą subpopulację stanowiły osoby z wykształceniem policealnym lub średnim zawodowym (33,6% ogółu badanych) oraz pacjenci posiadający wykształcenie wyższe licencjackie lub magisterskie (26,1%). Z kolei osób legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym było 21,7%. Najniższym poziomem wykształcenia charakteryzowało się 18,6% badanych.

Tabela 1A. Struktura pacjentów według wybranych cech oraz najważniejszego kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej

Cecha pacjentów objętych badaniem	Kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej		
	jakość świadczonej usług	podpisany kontrakt z NFZ	kompleksowy zakres świadczonych usług
Ogółem	34,8	24,1	18,2
Miejsce zamieszkania:			
– miasto	37,6	25,3	16,3
– wieś	28,0	21,3	22,7
Płeć:			
– mężczyźni	32,8	23,4	17,2
– kobiety	35,4	24,3	18,5
Wiek w latach:			
20–24 lat	35,2	23,2	26,1
25–34	30,9	21,4	7,1
35–44	23,8	28,6	14,3
45–54	42,1	26,3	10,5
55–64	39,2	25,0	–
65 lat i więcej	35,3	29,4	5,9

Cecha pacjentów objętych badaniem	Kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej		
	jakość świadczo-nych usług	podpisany kon- trakt z NFZ	kompleksowy za- kres świadczonych usług
Wykształcenie:			
– wyższe	35,8	23,0	21,4
– policealne i średnie	29,8	27,7	12,8
– zasadnicze zawodowe	27,3	18,2	–
– gimnazjalne, podstawowe	20,1	37,5	–

Źródło: opracowano na podstawie materiałów uzyskanych z obserwacji z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta, zebranych w ramach badań własnych Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Tabela 2A. Wymiary jakości świadczonych usług z perspektywy pacjenta (odsetek odpowiedzi)

Cecha pacjentów objętych badaniem	Kwalifikacje personelu	Krótki czas oczekiwania na usługę	Miła obsługa	Łatwość dojazdu
Ogółem	77,5	62,1	41,1	32,0
Miejsce zamieszkania:				
– miasto	78,7	60,7	39,3	29,2
– wieś	74,7	65,3	45,3	38,7
Płeć:				
– mężczyźni	73,4	57,8	43,7	37,5
– kobiety	78,8	63,5	40,2	30,1
Wiek w latach:				
20–24 lat	78,8	53,5	35,2	24,6
25–34	90,5	66,7	47,6	26,2
35–44	85,7	71,4	47,6	38,1
45–54	68,4	73,7	47,4	36,8
55–64	66,7	83,3	50,0	75,0
65 lat i więcej	41,2	82,4	52,9	64,7
Wykształcenie:				
– wyższe	83,4	60,7	38,5	25,1
– policealne i średnie	72,3	61,7	44,7	46,8
– zasadnicze zawodowe	27,3	72,7	54,5	54,5
– gimnazjalne, podstawowe	37,5	87,5	62,5	75,0

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – pacjenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: jak do tabeli 1A.

Tabela 3A. Źródła informacji o usługach medycznych deklarowane przez pacjentów objętych badaniem (odsetek odpowiedzi)

Cecha pacjentów objętych badaniem	Pytanie kierowane do znajomych o ich opinie na temat zakładu i personelu	Kierowanie się wcześniejszymi doświadczeniami	Szukanie informacji w Internecie	Szukanie informacji w gazetach, radio, telewizji
Ogółem	75,1	52,6	39,1	3,2
Miejsce zamieszkania:				
– miasto	92,7	51,1	42,7	4,5
– wieś	73,3	56,0	30,7	–
Płeć:				
– mężczyźni	75,0	48,4	31,3	4,7
– kobiety	75,1	54,0	41,8	2,6
Wiek w latach:				
20–24 lat	72,5	45,1	40,1	0,7
25–34	88,1	59,5	52,4	2,4
35–44	85,7	71,4	38,1	–
45–54	52,6	26,3	21,1	–
55–64	75,0	83,3	41,7	16,7
65 lat i więcej	76,5	82,4	17,6	23,5
Wykształcenie:				
– wyższe	77,0	51,3	41,2	1,1
– policealne i średnie	72,3	53,2	42,6	10,6
– zasadnicze zawodowe	54,5	72,7	9,1	9,1
– gimnazjalne, podstawowe	75,0	50,0	12,5	–

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – pacjenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: jak do tabeli 1A.

Tabela 4A. Odsetek respondentów wskazujących na niewłaściwe zachowanie personelu w stosunku do pacjentów

Cecha pacjentów objętych badaniem	Odsetek respondentów wskazujących na niewłaściwe zachowanie	Niewłaściwe zachowanie personelu ogółem		
		personelu pielęgniarskiego	rejestratorek	personelu lekarskiego
Ogółem	70,8	23,5	83,2	60,3
Miejsce zamieszkania				
– miasto	71,3	22,8	87,4	68,5
– wieś	69,3	25,0	73,1	40,4
Płeć:				
– mężczyźni	60,9	20,5	76,9	59,0
– kobiety	74,1	24,3	85,0	60,7
Wiek w latach:				
do 25 lat	62,7	22,5	84,3	56,2
25–34	78,6	21,2	69,7	66,7
35–44	90,5	26,3	89,5	63,2
45–54	89,5	23,5	94,1	52,9
55–64	75,0	22,2	88,9	66,7
65 lat i więcej	70,6	33,3	83,3	75,0
Wykształcenie:				
– wyższe	67,4	21,4	83,3	62,7
– policealne i średnie	80,9	26,3	84,2	60,5
– zasadnicze zawodowe	81,8	33,3	77,8	44,4
– gimnazjalne, podstawowe	75,0	33,3	83,3	33,3

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – pacjenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: jak do tabeli 1A.

Tabela 5A. Zachowanie lekarza w gabinecie (odsetek odpowiedzi)

Cecha pacjentów objętych badaniem	Przywitał się	Przeprowadził wywiad	Wysłuchał, jakie dolegliwości wystąpiły	Wyjaśnił, jaką postawił diagnozę	Wyjaśnił, jakie leki zapisuje	Wyjaśnił, jakie mogą być skutki uboczne zazywanych leków	Zapisał na osobnej karcie dawkowanie leków	Jeśli była to kolejna wizyta, zapytał czy wcześniej stosował się Pan/i do zaleceń	Jeśli była to kolejna wizyta, zapytał czy zazywał pan/i leki według wcześniejszych wskazań	Zapytał, czy ma Pan/i dodatkowe pytania co do diagnozy czy sposobu leczenia	Zalecił kolejną wizytę kontrolną	Przekazał, jakie objawy mogą być niepo- kojące dla pacjenta	Pozegnal się	Po uzyskaniu Pana/i zgody przekazał informacje na temat sposobu leczenia osobom oczekującym w poczekalni od- wiedzającym pacjenta hospitalizowanego
Ogółem	75,5	79,4	89,3	72,7	89,7	12,6	83,4	48,6	31,6	16,2	89,7	24,5	86,6	19,8
Miejsce zamiesz- kania:														
– miasto	75,3	79,8	89,9	77,0	95,5	11,2	86,0	55,1	33,1	14,0	98,9	25,3	90,4	20,2
– wieś	76,0	78,7	88,0	62,7	76,0	16,0	77,3	33,3	28,0	21,3	68,0	22,7	77,3	18,7
Płeć:														
– mężczyźni	78,1	76,6	89,1	54,7	70,3	10,9	75,0	51,6	45,3	17,2	67,2	31,3	73,4	20,3
– kobiety	74,6	80,4	89,4	78,8	96,3	13,2	86,2	47,6	27,0	15,9	97,4	22,2	91,0	19,6
Wiek w latach:														
20–24 lat	76,1	77,5	93,7	83,1	99,3	9,2	85,9	52,8	23,9	16,2	95,8	23,2	93,7	19,7
25–34	92,9	92,9	97,6	61,9	88,1	11,9	90,5	33,3	31,0	14,3	78,6	19,0	95,2	23,8
35–44	76,2	85,7	95,2	66,7	90,5	28,6	71,4	33,3	42,9	14,3	90,5	28,6	81,0	14,3

45-54	36,8	42,1	36,8	31,6	52,6	5,3	47,4	21,1	5,3	-	68,4	10,5	42,1	5,3
55-64	91,7	83,3	75,0	83,3	91,7	33,3	91,7	75,0	91,7	33,3	91,7	50,0	83,3	41,7
65 lat i więcej	58,8	94,1	94,1	58,8	52,9	17,6	94,1	82,4	70,6	29,4	88,2	41,2	64,7	17,6
Wykształcenie:														
- wyższe	80,2	81,3	89,3	76,5	99,5	11,2	84,5	49,7	27,8	15,0	94,7	21,9	89,3	17,6
- policealne i średnie	59,6	74,5	89,4	55,3	66,0	14,9	83,0	34,0	34,0	14,9	76,6	25,5	76,6	27,7
- zasadnicze zawodowe	81,8	72,7	90,9	72,7	54,5	9,1	63,6	72,7	63,6	36,4	72,7	54,5	81,8	27,3
- gimnazjalne, podstawowe	50,0	75,0	87,5	87,5	50,0	37,5	87,5	75,0	62,5	25,0	75,0	37,5	87,5	12,5

Źródło: jak do tabeli 1A.

2. Badanie satysfakcji personelu pielęgniarskiego (przeprowadzone w grudniu 2012 roku i styczniu 2013 roku – badanie własne)

Przy omawianiu zagadnienia wartości w rozumieniu klienta, często podejmowane są kwestie interpretacyjne dotyczące rozpoznania tego, co ma wartość dla klienta, co przez preferowanie za wartościowe uznaje się, w czym zdaniem klienta wartość się zapośrednicza lub na jakie jakości się przekłada. Zdaniem K. Rogozińskiego, wartość w rozumieniu klienta, bywa utożsamiana z wartością marketingową. Marketingowo uproszczoną eksplikację pojęcia wartość uzyskuje się dzięki skojarzeniu poziomu wartości z poziomem satysfakcji [Rogoziński 2012, s. 278].

Kanwą do zbierania informacji był kwestionariusz ankietowy pt. Badanie satysfakcji personelu pielęgniarskiego. Poznawczy cel badania dotyczył: (1) stopnia zadowolenia pracowników z relacji międzyludzkich w podmiotach leczniczych, (2) źródeł motywacji, (3) oceny pracy personelu pielęgniarskiego przez pacjentów czy osoby, z którymi współpracują. W kwestionariuszu sformułowano pytania dotyczące działań z zakresu restrukturyzacji personalnej, zarządzania, relacji interpersonalnych, komunikacji i motywacji oraz podnoszenia kwalifikacji. W kwestionariuszu zastosowano różne rodzaje pytań.

Badanie było kierowane zarówno do personelu pielęgniarskiego, jak i do lekarzy, jednakże odsetek kwestionariuszy uzyskanych od lekarzy był zbyt mały, aby można było na tej podstawie wnioskować. Lekarze bardzo niechętnie brali udział w badaniu.

Badaniem objęto teren Wielkopolski, który został podzielony na mniejsze jednostki, obejmujące teren działania Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych (OIPiP). Dało to w sumie pięć jednostek. Wszystkie zbadano pod względem liczby zatrudnionych na ich obszarze pielęgniarek. Dla każdego terenu wyznaczono minimalną liczebność próby na poziomie 1,5% ogółu zatrudnionych pielęgniarek². W ten sposób uzyskana niezbędną liczebność próby wynosiła 278 obserwacji dla całej Wielkopolski. Określono także jednostkowe liczebności dla każdego obszaru działania OIPiP (tabela 6 A)

Doświadczenia innych badaczy, którzy swe rozważania opierają na wynikach badań ankietowych, wskazują, że należy się liczyć z pewnym odsetkiem odmów udziału w badaniu. Z tego też względu postanowiono podjąć próbę rozwiązania tego problemu, zwiększając minimalną liczebność próby o 10% i uzyskując w ten sposób liczebność próby na poziomie 306 jednostek.

² Jest to subiektywnie wybrany udział procentowy podyktowany racjonalnymi przesłankami i ograniczeniami w postaci środków finansowych oraz czasu przeznaczanego na ich realizację.

Tabela 6A. Schemat doboru jednostek do próby

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych	Liczba zatrudnionych pielęgniarek*	Minimalna liczebność próby	Minimalna liczebność próby powiększona o 10%
Kalisz	2680	40	44
Konin	2004	30	33
Leszno	1867	28	31
Piła	2585	39	43
Poznań	9424	141	155
Ogółem	18560	278	306

* zatrudnienie – stan na 31 grudnia 2011 roku.

Źródło: opracowano na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, *Analizy i Raporty Statystyczne*: www.izbapiel.org.pl [dostęp: 15.11.2012].

Badanie zrealizowano w podmiotach leczniczych na terenie województwa wielkopolskiego. Objęto nim wszystkie pielęgniarki zatrudnione w wylosowanych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W sumie w badaniu wzięło udział 314 pielęgniarek.

Z oceną materiału źródłowego wiąże się problem reprezentatywności. Zazwyczaj przy jej ocenie bierze się pod uwagę analizę różnic w strukturze między próbą a populacją generalną za pomocą testu zgodności χ^2 . Niestety, w tym względzie napotkano na trudności w postaci braku szczegółowych danych statystycznych opisujących populację generalną. Ograniczono się więc do oceny reprezentatywności, biorąc pod uwagę miejsce zatrudnienia pielęgniarek.

Tabela 7A. Ocena zgodności struktur populacji generalnej i badanej próby za pomocą testu zgodności χ^2

Wyszczególnienie	Struktura (w %)		χ_{emp}^2	$\chi_{0,05}^2$
	populacja generalna	próba		
<i>Pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych:</i>				
– publicznych	77,00	82,80	1,504	3,841
– niepublicznych	23,00	17,2		

*– stan na 31 grudnia 2011 roku.

Źródło: jak do tabeli 7A.

Uzyskane wyniki testu wskazują, że różnice pomiędzy strukturami w próbie i populacji mają charakter losowy i są nieistotne.

Satysfakcja zawodowa jest składową wielu złożonych uwarunkowań. Wśród ważnych czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy wymienia się między innymi: osiągnięcia zawodowe, uznanie przełożonych, możliwość wykorzystania zdobytej wiedzy w działalności praktycznej, posiadane umiejętności, doświadczenia, szansę na podwyższenie kwalifikacji czy zajmowania prestiżowego stanowiska [Zielińska-Więczkowska i Buśka 2010, s. 6].

Wśród czynników wpływających na satysfakcję, istotną rolę odgrywa komunikacja między pracownikami a przełożonymi oraz innymi grupami zawodowymi. Przeprowadzone badanie wykazało, że generalnie biorąc pielęgniarki pozytywnie oceniły relacje interpersonalne w pracy. Pozytywną opinię o swoich relacjach z przełożonymi wyraziło ponad 79% uczestniczek badania. Uzyskane efekty są więc optymistyczne. Co ciekawe, z relacji z przełożonymi zadowolonych jest aż 87,9% pielęgniarek pracujących w szpitalach powiatowych. Dodać należy, że 21% uczestniczek badania ma na temat stosunków ze zwierzchnikami negatywne odczucia.

Tabela 8A. Stopień zadowolenia pielęgniarek ze stosunków interpersonalnych w pracy

Wyszczególnienie	Odsetek pielęgniarek oceniających pozytywnie relacje w pracy		
	ze swoimi przełożonymi	ze współpracownikami z innych grup zawodowych	z innymi komórkami organizacyjnymi
Ogółem	79,1	84,7	91,7
Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami	78,5	83,1	90,7
w tym:			
– szpitale kliniczne	74,4	76,9	89,7
– szpitale wojewódzkie lub specjalistyczne	81,4	88,9	96,3
– szpitale powiatowe	87,9	93,9	90,9
– podstawowa opieka zdrowotna	75,0	75,0	75,0
Podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami	81,5	92,6	96,3

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów uzyskanych z obserwacji z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego „Badanie satysfakcji personelu pielęgniarskiego”, zebranych w ramach badań własnych Katedry Usług Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

U ogółu zbadanych pielęgniarek dominują również pozytywne oceny w relacjach ze współpracownikami. Zadowolenie z tych relacji wymieniło aż 92,6% pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorstwami. Widoczne różnice w poziomie satysfakcji z relacji ze współpracownikami wystąpiły w wyróżnionych podmiotach niebędących przedsiębiorstwami. O ile ze stosunków tych było zadowolonych aż 93,9% pielęgniarek w szpitalach powiatowych, to wśród respondentek pracujących w szpitalach klinicznych taki pogląd wyraziło 76,9%.

Ponad 91% respondentek uważa za zadowalające swoje relacje z innymi kómkami organizacyjnymi w pracy. Najczęściej taką opinię wymieniały pielęgniarki pracujące w szpitalach wojewódzkich i specjalistycznych (96,3%) oraz osoby zatrudnione w podmiotach będących przedsiębiorstwami.

Niezwykle istotne w pracy pielęgniarek, jest poczucie zadowolenia, które jest sumą satysfakcji osobistych pracownika. Niestety tylko w niektórych podmiotach leczniczych monitorowano poziom satysfakcji pracowników. Rezultaty przeprowadzonego badania ukazały, że tylko w co dziesiątym SPZOZ i prawie w co trzecim podmiocie będącym przedsiębiorstwem przeprowadzono badanie postrzegania i odczuwania zadowolenia z pracy wśród pielęgniarek, natomiast prowadzi się rutynowe badania oceny pracy pracowników.

Oceny pracownicze to praktyki coraz częściej obecne w polskiej służbie zdrowia. Właściwe ocenianie pracy personelu medycznego służy nie tylko podmiotom wykonującym działalność leczniczą, ale i pracownikom, przyczyniając się do wzrostu zadowolenia z wykonywanej pracy.

Niezależnie od zajmowanego stanowiska wszyscy pracownicy służby zdrowia są poddawani stałej ocenie przełożonych, podwładnych bądź pacjentów. Ogólnie biorąc, wśród badanych aż 82,8% pielęgniarek stwierdziło, że w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnione, przeprowadzane są oceny pracowników przez przełożonych, przy czym w przypadku SPZOZ najczęściej dokonywano ocen w szpitalach klinicznych. Należy dodać, że w prawie co trzecim podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorstwem i częściej niż w co czwartym podmiocie niebędącym przedsiębiorstwem pielęgniarki dokonywały samooceny swojej pracy. Symptomatyczne, że tylko w co dziesiątym zakładzie pracownicy oceniali pracę przełożonych, przy czym takie oceny częściej były przeprowadzane w podmiotach będących przedsiębiorstwami.

Bardzo ważnym elementem oceny jest wybór odpowiedniej metody i techniki. Otrzymane rezultaty badania ukazały, że w zdecydowanej większości podmiotów wykonujących działalność leczniczą do oceny pracy pielęgniarek wykorzystano metodę ankietową. Natomiast nowoczesne metody oceniania pracowników zastosowało niewiele zakładów. Częściej niż w co czwartym podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorstwem zastosowana została metoda *feedback*. Znacznie rzadziej bieżąca ocena pracy pielęgniarek i przekazania im informacji

o wykonywanej pracy była wykorzystana w SPZOZ, w tym najrzadziej w szpitalach powiatowych. Niewiele odnotowano przypadków zastosowania innej nowocześniejszej procedury oceniania, a mianowicie metody *assessment center*.

Tabela 9 A. Metody oceny pracy pielęgniarek

Wyszczególnienie	Ogółem	Podmioty lecznicze					
		nie będące przedsiębiorstwami					będące przedsiębiorstwami
		razem	szpitale kliniczne	szpitale wojewódzkie i specjalistyczne	szpitale powiatowe	podstawowa opieka zdrowotna	
Ocena pracowników:							
– podwładni oceniają przełożonych	10,2	9,2	7,7	9,3	9,1	25,0	14,8
– przełożeni oceniają podwładnych	82,8	82,3	97,4	74,1	78,8	75,0	85,2
– samoocena	26,8	26,2	17,9	27,8	30,3	50,0	29,6
– ocena przez pacjenta	22,9	23,8	35,9	18,5	18,2	25,0	18,5
Metody oceny:							
– metoda ankietowa	65,0	66,2	64,1	68,5	66,7	50,0	59,3
– metoda feedback	14,0	11,5	12,8	13,0	6,1	25,0	25,9
– metoda assessment center	5,7	5,4	10,3	1,9	6,1	–	7,4
– inne	20,4	23,1	25,6	22,2	21,2	25,0	7,4
Techniki oceny:							
– arkusz oceny pracownika	64,3	65,4	53,8	72,2	69,7	50,0	59,3
– swobodny opis przy ocenie	32,5	34,6	41,0	33,3	30,3	25,0	22,2
– technika wydarzeń krytycznych	4,5	3,8	2,6	5,6	3,0	–	7,4
– technika porównawcza	5,7	3,8	5,1	3,7	–	25,0	14,8
Częstość przeprowadzanych ocen:							
– raz w roku	65,1	62,3	41,0	63,0	84,8	75,0	77,8
– raz na 2–3 lat	27,9	30,0	43,6	31,5	12,1	25,0	18,5
– raz na 4–5 lat	3,8	4,6	10,3	3,7	–	–	–
– w sytuacji krytycznej	3,2	3,1	2,6	3,7	3,0	–	3,7

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: jak do tabeli 8A.

Wśród zastosowanych technik ocen pracy pielęgniarek dominował arkusz oceny. Na to narzędzie oceny wskazało ponad 64% respondentek. Częstotliwość wymienia tej techniki oceniania pracownika zmieniała się w zależności od typu podmiotu leczniczego. Podkreślić należy, że różnica częstotliwości wymienia arkusza oceny jako instrumentu oceny między podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorstwami sięga 22,2 punktu procentowego.

Generalnie biorąc, na swobodny opis przy ocenie pielęgniarek wskazywało 32,5% respondentek, a zaledwie 4,5% uczestniczek badania podało, że w ich miejscu pracy przy ocenie zastosowano technikę wydarzeń krytycznych, a więc sporządzony został przez przełożonego zapis „na gorąco” o zachowaniach ocenianych pielęgniarek. Interesujące są również informacje o częstości przeprowadzania ocen pracowników w podmiotach leczniczych. Godny uwagi jest fakt, że w większości jednostek wprowadzono okresowe, najczęściej roczne oceny pracownicze. W grupie pielęgniarek pracujących w szpitalach powiatowych najwięcej, bo aż 84,8% z nich było ocenianych raz w roku. Natomiast w grupie respondentek wskazujących na oceny pracy raz na 2–3 lata przeważały pielęgniarki szpitali klinicznych.

Decyzje personalne podejmowane w stosunku do pracowników obejmują także motywowanie pracowników do wykonywania zadań [Bogdanienko 2005, s. 248]. Motywowanie ludzi to ukierunkowanie ich na określone działania, co ma doprowadzić do osiągnięcia wcześniej wyznaczonego celu i uzyskania wartościowej nagrody [Amstronng 2010, s. 35].

Hierarchia deklarowanych czynników motywujących pielęgniarki do pracy wskazuje, że we wszystkich wyróżnionych typach podmiotów leczniczych, szczególne znaczenie ma miła atmosfera w pracy (tabela 10A). Czynnikiem ten podało aż 84,7% respondentek. Zestawione odpowiedzi uwidacznia różnice w częstości wymienia miłej atmosfery w miejscu zatrudnienia przez respondentki pracujące w podmiotach leczniczych niebędących i będących przedsiębiorstwami. Argumentem tym najczęściej posługiwały się pielęgniarki pracujące w podmiocie leczniczym – przedsiębiorstwie (92,6%). Był to również ważny czynnik motywacyjny dla 83,1% respondentek zatrudnionych w SPZOZ-ach.

Znamienne, że na drugim miejscu pod względem częstości wymienia czynników motywujących do pracy jest możliwość podnoszenia kwalifikacji. Odpowiedzi takiej udzieliło 77,1% respondentek. Najczęściej czynnik ten wymieniały pielęgniarki zatrudnione w szpitalach powiatowych (78,8%).

Warto zwrócić również uwagę, że spośród respondentek zatrudnionych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami aż 76,1% wymieniło jako czynnik motywujący do pracy wyższe wynagrodzenie niż obecne, a wśród tych, które są pracownikami w podmiotach będącymi przedsiębiorstwami uczyniło to 63%.

Charakterystyczne, że bezpieczeństwo pracy jako czynnik motywujący jest prawie jednakowo często eksponowane bez względu na to, czy podmiot leczniczy jest przedsiębiorstwem, czy też nie jest.

Uzyskane rezultaty badania zaprezentowane w tabeli 10A wskazują, że hierarchia czynników motywujących pielęgniarki do pracy występująca w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnione, jest odmienna od hierarchii tych czynników wskazywanych przez respondentki. Prawie co druga respondentka stwierdziła, że w jej zakładzie pracy istotną rolę odgrywa zapewnienie bezpieczeństwa. Czynniki ten przeważał w grupie pielęgniarek pracujących w szpitalach klinicznych, wojewódzkich i specjalistycznych.

Tabela 10A. Czynniki motywujące pielęgniarki do pracy

Wyszczególnienie	Ogółem	Podmioty lecznicze					
		nie będące przedsiębiorstwami					będące przedsiębiorstwami
		razem	szpitale kliniczne	szpitale wojewódzkie i specjalistyczne	szpitale powiatowe	podstawowa opieka zdrowotna	
Czynniki motywujące do pracy respondentki:							
– miła atmosfera w pracy	84,7	83,1	89,7	79,6	81,8	75,0	92,6
– bezpieczeństwo w pracy	74,5	73,8	74,4	72,2	72,7	73,1	77,8
– duża samodzielność	71,3	70,8	71,8	70,4	66,7	69,3	74,1
– wyższe wynagrodzenie niż obecnie	73,9	76,2	64,1	75,9	87,9	72,8	63,0
– możliwość podnoszenia kwalifikacji	77,1	78,5	76,9	77,8	78,8	67,4	70,4
Czynniki motywujące do pracy występujące w podmiocie leczniczym:							
– miła atmosfera w pracy	37,6	39,2	23,1	42,6	51,5	50,0	29,6
– bezpieczeństwo w pracy	49,7	51,5	53,8	53,7	48,5	33,4	40,7
– duża samodzielność	37,6	39,2	38,5	46,3	30,3	29,5	29,6
– wyższe wynagrodzenie niż obecnie	7,0	6,9	–	7,4	12,1	6,2	7,4
– możliwość podnoszenia kwalifikacji	29,9	32,3	23,1	33,3	42,4	21,3	18,5

Uwaga: odsetki nie sumują się do 100 – respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Źródło: jak do tabeli 8A.

Częściej niż co trzecia respondentka deklarowała, że w podmiocie leczniczym, w którym pracuje ma miejsce miła atmosfera i duża samodzielność. Z grona respondentek pracujących w szpitalach powiatowych omawiany typ czynnika wymieniło 51,5% pielęgniarek.

Konieczne wydaje się również zwrócenie uwagi na to, że ogólnie biorąc prawie 30% uczestniczek badania stwierdziło, że w ich zakładzie pracy istnieje możliwość podnoszenia kwalifikacji. Podkreślić należy, że tylko 18,5% pielęgniarek pracujących w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorstwami wskazywało na możliwość podnoszenia kwalifikacji.

Jedynie 7% respondentek wskazywało, że podmioty lecznicze jako czynnik motywujący do pracy stosują wyższe wynagrodzenia.

3. Badanie dotyczące zarządzania podmiotami leczniczymi w procesie przekształceń własnościowych (przeprowadzone w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku – badanie własne)

Cele i zakres badania

Przeprowadzone badanie empiryczne miało na celu diagnozę działań restrukturyzacyjnych prowadzonych w podmiotach leczniczych, a w szczególności określenie rodzaju prowadzonej restrukturyzacji oraz działań prowadzonych w ich ramach. Badanie metodą ankietową oparto na próbie podmiotów leczniczych działających na terenie Polski w celu uzupełnienia ustaleń teoretycznych prowadzonych w pracy.

Konstrukcja formularza odzwierciedlała założenia dotyczące istoty badania. Pytania zawarte w części pierwszej miały na celu określenie struktury kapitału, formy własności oraz wyników finansowych przed i po przekształceniu zakładu. Kolejny blok pytań dotyczył form prowadzonych działań restrukturyzacyjnych. Uwzględniono również pytanie dotyczące korzystania z pomocy publicznej na działania restrukturyzacyjne na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 78, poz. 684 ze zm.). Trzecia część kwestionariusza odnosiła się do podejmowanej aktywności podmiotów, w ramach poszczególnych typów restrukturyzacji, a część czwarta do uwarunkowań prowadzonych procesów związanych z przekształceniem zakładu. Natomiast w piątej ostatniej części odniesiono się do stosowanej metody zarządzania podmiotem leczniczym.

W celu zagwarantowania właściwego przebiegu i wiarygodności wyników badania został opracowany plan badania³. Biorąc pod uwagę to, że jakość każdej

³ Plan badań zakładał: (1) określenie celu zakresu i charakteru badań, (2) ustalenie liczby i kryteriów doboru respondentów, (3) opracowanie planu analizy wyników, (4) opracowanie kwestionariusza, (5) badania terenowe, (6) weryfikację uzyskanych informacji, (7) obliczanie wyników,

informacji uzyskanej za pomocą kwestionariusza zależy od treści pytań i sposobu ich stawiania, starano się opracować kwestionariusz w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla osoby udzielającej odpowiedzi. Zdecydowano, że osobami, które będą mogły udzielić odpowiedzi dotyczących poruszanych zagadnień, będą jedynie kierownicy⁴ poszczególnych podmiotów. Podobnie jak w badaniu kierowanym do pacjentów czy personelu pielęgniarskiego, także w opracowanym instrumencie pomiarowym w większości pytań zapis kafeterii odpowiedzi był kategoryzujący, to znaczy uwzględniono możliwe warianty odpowiedzi, aby respondentom łatwiej było ustosunkować się do danego zagadnienia, przy czym zawsze respondent miał możliwość wpisania dodatkowej odpowiedzi w wariantcie: *inne*. W instrumencie pomiarowym zastosowano także pytania otwarte, pozostawiające osobie udzielającej odpowiedzi swobodę wyrażenia opinii.

Dobór próby badawczej

Istotną kwestią był wybór metody i techniki zbierania danych. Jako podstawową metodę doboru jednostek do badania wybrano dobór losowy. Ze względu na to, że badaniem objęto podmioty lecznicze na terenie całej Polski, a osobami udzielającymi odpowiedzi byli kierownicy, podjęto decyzję o dostarczeniu kwestionariusza bezpośrednio do podmiotu leczniczego (po wcześniejszym uzyskaniu zgody na udział w badaniu). Decyzję taką podjęto z pełną świadomością, że inna forma dostarczenia kwestionariusza mogłaby nieść ze sobą ryzyko braku odpowiedzi. Operatem losowania była lista z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁵. Lista obejmowała 826 podmiotów leczniczych (w ramach grupy podmiotów leczniczych uwzględniono podmioty niebędące przedsiębiorcami oraz pozostałe podmioty lecznicze, nie uwzględniono grupy przedsiębiorców)⁶. Operat spełniał wymogi formalne, jakie są przed nim stawiane, tzn. był kompletny, gdyż uwzględniał wszystkie przewidziane w badaniu jednostki, rozłączny i identyfikowalny, ponieważ każda z jednostek występowała w nim tylko raz oraz możliwe było odszukanie każdej jednostki objętej badaniem [Steczkowski 1995, s. 110–111].

Z listy wylosowano 30 podmiotów leczniczych, które objęto badaniem. Wśród badanych podmiotów wykonujących działalność leczniczą podmioty lecznicze

(8) sporządzenie raportu z badań, [*Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*, 1999, s. 92].

⁴ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku wskazuje, że podmiotem zarządzającym kierownik. W praktyce w zależności od formy własnościowej stanowisko to zwykle się nazywać dyrektorem zakładu lub właścicielem (w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie przedsiębiorstwa).

⁵ Listę podmiotów można pobrać ze strony www.rejestrzoz.gov.pl. Lista jest wyczerpująca ze względu na obowiązek wpisu do księgi rejestrowej każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

⁶ Zgodnie z klasyfikacją przedstawioną na rysunku 2.7. rozprawy

niebędące przedsiębiorstwami, działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stanowiło: 33% – szpitale kliniczne, 28% – szpitale wojewódzkie i specjalistyczne oraz 39% – szpitale powiatowe. Ze względu na zbyt mały odsetek podmiotów, które dokonały przekształceń własnościowych, w badaniu ograniczono się do interpretacji wyników związanych z procesami restrukturyzacyjnymi. Ze względu na to, że działania podejmowane w procesie przekształceń miały wzmocnić opis teoretyczny, ich brak nie wpłynął na cel badania oraz proces dedukcyjny prowadzony w rozprawie. W projektowaniu wielkości próby starano się uwzględnić aspekt kosztowy prowadzonych badań.

4. Badanie dotyczące wdrażania strategii projakościowej w podmiotach leczniczych z perspektywy pełnomocnika ds. zapewnienia jakości (badanie przeprowadzono w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku)

Cele i zakres badania

Badanie metodą ankietową oparto na próbie podmiotów leczniczych działających na terenie Polski. Konstrukcja kwestionariusza odzwierciedlała założenia dotyczące istoty badania. Pytania zawarte w części pierwszej miały na celu scharakteryzowanie podmiotu leczniczego. Część druga instrumentu badawczego zawierała pytania odnoszące się do uwarunkowań wdrożenia orientacji projakościowej. Pytania kierowane do badanych podmiotów miały na celu wskazanie wdrożonej strategii, podanie roku rozpoczęcia i zakończenia etapu wdrożeniowego, wskazanie osoby, która była inicjatorem wdrożenia, oraz udzielenie odpowiedzi, czy podmiot leczniczy korzystał z pomocy instytucji lub osoby z zewnątrz. W części trzeciej respondenci byli proszeni o dokonanie charakterystyki osoby odpowiedzialnej za koordynowanie działań w zakresie jakości. Charakterystyka ta odnosiła się do podania nazwy stanowiska pracy osoby koordynującej działania z zakresu jakości czy jest to osoba wyłoniona spośród pracowników zakładu, czy może zatrudniona z konkursu z zewnątrz, jakim legitymuje się wykształceniem. Jeśli stanowisko pełnomocnika przyjęła osoba z personelu, to w jaki sposób została wyłoniona oraz czy wcześniej pełnomocnik posiadał znajomość problematyki z zakresu jakości. Części czwarta i piąta itp., zostały skonstruowane podobnie, odnosząc się jedynie do różnych strategii projakościowych: część czwarta do akredytacji, piąta do systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO. Zadano w nich pytania odnoszące się do obserwowanych korzyści wewnętrznych i zewnętrznych, problemów zaobserwowanych w trakcie wdrożenia oraz kierowano do respondentów prośbę o wskazanie grup z personelu, które w szczególny sposób zaangażowały się we wprowadzenie strategii projakościowej lub też były barierą wdrożenia. Ostatnia szóstą część kwestionariusza

zawierała jedynie dwa pytania czy oprócz strategii projakościowej w zakładzie wdrażano inne strategie oraz jaka jest korelacja innej strategii w stosunku do projakościowej: nadrzędna czy podrzędna.

W celu zagwarantowania właściwego przebiegu i wiarygodności wyników badania został opracowany plan badania⁷. Biorąc pod uwagę, że jakość każdej informacji uzyskanej za pomocą kwestionariusza zależy od treści pytań i sposobu ich stawiania, starano się opracować kwestionariusz, w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla osoby udzielającej odpowiedzi. Zdecydowano, że osobami, które będą mogły udzielić odpowiedzi dotyczących poruszanych zagadnień, będą jedynie kierownicy⁸ poszczególnych podmiotów lub też bezpośrednio pełnomocnicy ds. zapewnienia jakości (czy inne osoby zajmujące się wdrażaniem systemów). W opracowanym kwestionariuszu w większości pytań zapis kafeterii odpowiedzi był kategoryzujący, to znaczy uwzględniono możliwe warianty odpowiedzi, aby respondentom łatwiej było ustosunkować się do danego zagadnienia, przy czym zawsze respondent miał możliwość wpisania dodatkowej odpowiedzi w wariantcie: *inne*. Zastosowano także pytania otwarte, pozostawiające osobie udzielającej odpowiedzi swobodę wyrażenia opinii.

Dobór próby badawczej

Istotną kwestią był wybór metody i techniki zbierania danych. Jako podstawową metodę doboru jednostek do badania wybrano dobór losowy. Ze względu na to, że badaniem objęto podmioty lecznicze na terenie całej Polski, a osobami udzielającymi odpowiedzi byli kierownicy, podjęto decyzję o dostarczeniu kwestionariusza bezpośrednio do podmiotu leczniczego (po wcześniejszym uzyskaniu zgody na udział w badaniu). Decyzję taką podjęto z pełną świadomością, że inna forma dostarczenia kwestionariusza mogłaby nieść ze sobą ryzyko braku odpowiedzi. Operat losowania stanowiła lista z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁹. Lista obejmowała 826 podmiotów leczniczych (w ramach grupy podmiotów leczniczych uwzględniono podmioty niebędące przedsiębiorcami oraz pozostałe podmioty lecznicze, nie uwzględniono grupy

⁷ Plan badań zakładał: (1) określenie celu zakresu i charakteru badań, (2) ustalenie liczby i kryteriów doboru respondentów, (3) opracowanie planu analizy wyników, (4) opracowanie kwestionariusza, (5) badania terenowe, (6) weryfikacja uzyskanych informacji, (7) obliczanie wyników, (8) sporządzenie raportu z badań [*Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*, 1999, s. 92].

⁸ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, wskazuje, że podmiotem zarządza kierownik. W praktyce w zależności od formy własnościowej stanowisko to zwykle się nazywać dyrektorem zakładu lub właścicielem (w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie przedsiębiorstwa).

⁹ Listę podmiotów można pobrać ze strony www.rejestrzoz.gov.pl. Lista jest wyczerpująca ze względu na obowiązek wpisu do księgi rejestrowej, każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

przedsiębiorców). Operat spełniał wymogi formalne, jakie są przed nim stawiane, tzn. był kompletny, gdyż uwzględniał wszystkie przewidziane w badaniu jednostki, rozłączny i identyfikowalny, ponieważ każda z jednostek występowała w nim tylko raz oraz możliwe było odszukanie każdej jednostki objętej badaniem [Steczowski 1995, s. 110–111].

Z listy wylosowano 30 podmiotów leczniczych, które objęto badaniem. Wśród badanych podmiotów wykonujących działalność leczniczą podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami, działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stanowiły 33%, szpitale kliniczne – 28%, szpitale wojewódzkie i specjalistyczne oraz 39% – szpitale powiatowe. W projektowaniu wielkości próby starano się uwzględnić aspekt kosztowy prowadzonych badań.

Bibliografia

- Achieving Excellence. The Quality Delivery Plan for the NHS in Wales. 2012–2016*, 2012, Llywodraeth Cymru Welsh Government.
- Ackley, G., 1961, *Macroeconomic Theory*, Macmillan Company, New York.
- Adler, N.J., 1986, *International Dimensions of Organizational Behaviour*, Kent Publisher Company, Boston.
- Agrawal, P., Agrawal, A., Rudnicki, J., Słonina, J., Jakubaszko, W., Kuźmińska, U., 2005, *Sfera emocjonalna i uchowa w procesie terapeutycznym*, w: Syroka, A., Rudnicki, J., Agrawal, A.K. (red.), *Relacje lekarz – pacjent w procesie medykalizacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław.
- Albrecht, T., 2009, *Privatization Processes in Health Care in Europe – A Move in the Right Direction, A Trendy Option or a Step Back?*, *European Journal of Public Health*, vol. 19, no. 5.
- Allen, P., 1995, *Contracts in the National Health Service Internal Market*, *The Modern Law Review*, 58, May.
- Amstrong M., 2010, *Zarządzanie ludźmi, Praktyczny przewodnik dla menadżerów liniowych*, Wydawnictwo Rzeczpospolita, New Media, Warszawa.
- Angeli, M., 2008, *Privatizing Health Care is not the Answer: Lessons from the Unites States*, *Canadian Medical Association*, no. 9.
- Arrigo, B.A., 1992–1993, *Paternalism, Civil Commitment and Illness Politics: Assessing the Current Debate and Outlining a Future Direction*, *Journal of Law and Health*, vol. 7, s. 131–168.
- Arrington B., Kurz, R.S., 1998, *Quality Management and Improvement*, w: Duncan, W.J., Ginter, P.M., Swayne, L.E. (eds.), *Handbook of Health Care Management*, Blackwell Publishers Malden, Oxford.
- Arrow, K.J., 1963, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, *American Economic Review*, no. 53.
- Arystoteles, 1990a, *Kategorie 8*, w: Arystoteles, *Dziela wszystkie*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Arystoteles, 1990b, *Metafizyka*, księga D.14, w: Arystoteles, *Dziela wszystkie* t. 2, PWN, Warszawa.
- Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*, K. Mazurek-Łopacińska, (red.), 1999, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Baker, R.L., 1987, *The Social Work Dictionary*, National Association of Social Workers, Silver Spring.
- Bała, M., 2000, *Ewaluacja badań medycznych. Analiza opłacalności Health Technology Assessment, czyli ocena technologii medycznych*, Piąta Ogólnopolska Konferencja

- „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Banaszewska, A., 2000, *Wrażliwość systemów opieki zdrowotnej na potrzeby pacjentów*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Baran, B. (red.), 1991, *Filozofia dialogu*, Znak, Kraków.
- Barański, M., 1995, *Zadumki i drwinki*, Pro Medico, nr 10.
- Barr, N., 1993, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Bartke, G., 1961, *Der Zukunftserflog bei der Unternehmensbewertung*, Zeitschrift für Betriebswirtschaft nr 31.
- Barwick, D., Godfrey, A., Roessner, J., 1990, *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Beauchamp, L.T., 1978, *The Regulation of Hazard and Hazardous Behaviors*, Health Education Monographs, no. 6.
- Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska, H., Surowiec, J., 1998, *Wdrażanie Programu Akredytacji Szpitali*, Trzecia Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Bedlicki, M., 2007, *Errare magistro medicum est*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie zdrowia, Kraków.
- Bednarek, M., 2007, *Doskonalenie systemów zarządzania, nowa droga do przedsiębiorstwa lean*, Difin, Warszawa.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J.E., Carroll, S., Bitz, J., 2012, *Lerge – System Transformation in Health Care: A Realist Review*, The Milbank Quarterly, vol. 90, no. 3.
- Beveridge, W., 1942, *Social Insurance and Allied Services*, HMSO, London.
- Białynicki-Birula, P., 2006, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Seria Monografie: Prace Doktorskie, nr 4, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków.
- Bieniok, H. (red.), 2001, *Metody sprawnego zarządzania. Planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie. Jak zarządzać w praktyce*, Wydawnictwo Placet, Warszawa.
- Biernat, S., 1994, *Prywatyzacja zadań publicznych. Problematyka prawna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków.
- Biesaga, T., 2006, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Medycyna Praktyczna, nr 10.
- Bitkowska, A., 2010, *Procesy restrukturyzacji warunkiem poprawy konkurencyjności przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa.
- Björnberg, A., 2012, *Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia. Raport 2012*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela.
- Black, D. (ed.), 1980, *Inequalities in Health*, Report of a Research Working Group, Department of Health & Social Services, London.
- Black, N., Neuhauser, D., 2006 *Books that Have Changed Health Services and Health Care Policy*, Journal of Health Services Research and Policy, vol. 11, no. 3.

- Bloo, W.S., 1963; *The Doctor and Patient, A Sociological Interpretation*, Russell – Sage Foundation, New York.
- Boczkowski, A., 2001, *Socjologia zdrowia publicznego i organizacji zdrowotnych*, w: Nosko, J. (red.), *Ekonomika i zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Bodarwe, E., 1962, *Die Ertragssteuern bei der Bewertung von Unternehmungen und Unternehmensanteilen*, Wpg Nr 15.
- Bogdanienko J., 2005, *Zarys koncepcji, metod i problemów zarządzania*, wyd. 2, Dom Organizatora, Toruń.
- Bonbright, J.C., 1937, *The Valuation of Property*, New York.
- Borowiecki, R. (red.), 1992, *Wycena przedsiębiorstwa. Metody – procedury – przykłady*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Warszawa – Kraków.
- Borowiecki, R., Nalepa, A., 2003, *Restrukturyzacja w procesie funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstw*, w: Borowiecki, R., (red.), *Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych*, Difin, Warszawa.
- Bowman, E.H., Singh, H., Useem, M., Bhadury, R., 1999, *When Does Restructuring Improve Economics Performance*, California Management Review, Winter, vol. 41, no. 2.
- Brandenburg, H., 2010, *Projekty restrukturyzacyjne. Planowanie i realizacja*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- British Quality Association Newsletter, 1989, London.
- Broclawik, K., 2001, *Standardy menadżerskie – koralowce czy ruchome piaski*, Szósta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie zdrowia, Kraków.
- Broniewska, G., 1996, *TQM – Kultura współdziałania w strukturze dostosowanej do zarządzania procesami*, Organizacja i Kierowanie, nr 4.
- Brzezińska-Grabarczyk, D., 2012, *Zdarzenia medyczne*, w: Brzezińska-Grabarczyk, D., Narolski, M., (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Budziak, T., Miedziński, B., Piaseczny, L., 1991, *Metody i procedury wyceny przedsiębiorstw. Poradnik metodologiczno-szkoleniowy*, Centrum Informacyjno-Wdrożeniowe TOPEXIM, Warszawa.
- Bugol, M., 1999, *Integracyjne działania TQM*, Problemy Jakości, nr 5.
- Buliński, L., 2009, *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.
- Buliński, L., 2009, *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.
- Busse von Colbe, W., 1957, *Der Zukunftsfolger*, Wiesbaden.
- Byrne, A., Cook, H., *Management of Private Health Care*, Longman, Glasgow.
- Cassell, E., 1979, *The Healer's Art*, Penguin, New York.
- Cassidy, J., 2000, *Annals of Money: The price prophet*, The New Yorker, no. 75.
- Cele Zdrowotne w Programie Zdrowie dla Wszystkich. Polityka Zdrowotna w Europie*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szczebla Medycznego, Warszawa 1993.

- CESifo 2008, *Bismarck versus Beveridge: A Comparison of Social Insurance Systems In Europe*, CESifo DICE Report 4/2008.
- Chadwick, E., 1842, *Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, Craig Thornber, London.
- Changing Health Care In the Netherland*, 1988, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijkskvijk.
- Chmielewski D., 2000, *Kontrola jakości aparatury radiologicznej*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 12–14 kwietnia 2000.
- Chrzanowski, R., 1993, *Podnoszenie jakości usług medycznych w zakładach opieki zdrowotnej*, Antidotum, nr 3.
- Cieślak, Z., Jasielski, J., Lang, J., Szubiakowski, M., Wierzbowski, M., Wiktorowska, A., 2000, *Prawo administracyjne*, wyd. 2, Warszawa.
- Ciuruś, M.J., 1998, *Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych. Jakość usług medycznych. Poradnik praktyczny*, Wydawnictwo ADI, Łódź.
- Clark, J.J., 2005, *Improving Hospital Budgeting and Accountability a Best Practice Approach*, Healthcare Financial Management, July.
- Cleland, C.F., 1995, *Historyczne perspektywy zapewnienia jakości w Stanach Zjednoczonych*, Pierwsza Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wykorzystanie ograniczonych możliwości, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 19–20 października.
- Codman, E., 1916, *A Study In Hospital Efficiency as Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital*, Boston.
- Committee on the Costs of Medical Care, 1932, *Medical Care for the American People* (Report No. 28), University of Chicago Press, Chicago.
- Common, R., Flynn, N., Mellon, E. O., 1992, *Managing Public Services: Competition and Decentralisation*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Conference of the European Forum of the Insurance Against Accidents At Work and Occupational Disease, *Insurance Against Accidents At Work and Occupation Disease In the UE*, 5–6 września 2005, Wiedeń, Austria,
- Council of Europe, Committee of Ministers 2006, *Appendix to Recommendation of the Committee of Minister to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*.
- Crosby, P.B., 1996, *Quality is Still Free*, McGraw Hill, New York.
- Culyer, A.J., Maynard, A., Williams, A., 1981, *Alternative systems of health provision: an essay on motives and means*, w: Olson, M. (ed.), *A New Approach to the Economics of Health Care*, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington-London.
- Cutler, D., Gruber, J., 2001, *Health Policy in the Clinton Era: Once Bitten, Twice Shy*, American Economic Policy in the 1990s, June 27–30, 2001, Center for Business and Government, John F. Kennedy School of Government, Harvard University.

- Czermiński, A., Czerska, M., Nogalski, B., Rutka, R., Apanowicz, J., 2001, *Zarządzanie organizacjami*, TONIK Dom Organizatora, Toruń.
- Dale, B.G., Plunkett, J.J., 1995, *Quality Costing*, Chapman and Hall, London.
- Daszkowska M., 1982, *Ekonomika i organizacja usług*, PWN, Warszawa.
- Davis, A.J., Aroskar, M.A., 1983, *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*, Connecticut, Appleton, Norwalk.
- Deakin, N. D., 1994, *The Politics of Welfare: Continuities and Change*, Hemel Hempstead, Harvester
- Dercz M., Izdebski H., 2001, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Polskie Wydawnictwo Prawnicze Iris, Warszawa–Poznań.
- Dercz, M., 2003, *Publiczni świadczeniodawcy w ochronie zdrowia, prawno-organizacyjne formy działalności – stan obecny i projektowany*, Antidotum, nr 12
- Dercz, M., 2005, *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia: kompromis polityczny i alternatywa dla centralizacji: materiały do dyskusji*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Dercz, M., Rek, T., 2010, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Dercz, M., Rek, T., 2012, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Derczyński, W., 2001, *Ocena następstw czterech reform: komunikat CBOS dotyczący sondażu opinii społecznej*, Wydawnictwo CBOS, Warszawa.
- Detyna, B., Detyna, J., 2011, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Difin, Warszawa.
- Długosz, J., 2000, *Relacyjno-jakościowa koncepcja logistyki w zarządzaniu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Dobska, M., 2000, *The Training Barrier In Implementing Total Quality Management In Health Care Organisations*, w: *Service Quality in the New Economy: Interdisciplinary and International Dimensions*, 2000, Edvardsson, B., Brown, S., Johnston, R., Scheuing, E., ISQA, University of Warwick
- Dobska, M., Dobski, P., 2003, *TQM – zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Mars Graf, Poznań.
- Dobska, M., Dobski, P., 2012, *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Dobska, M., 2012, *Kształcenie w zakresie zarządzania a wymogi na rynku usług medycznych*, w: *Usługi w Polsce 2012. Teoria usług. Funkcjonowanie sektora usługowego. Kształcenie w usługach*, (red.) Wankiewicz-Rak B., Panasiuk A., Rogoziński K., Zeszyt Naukowy nr 722. Ekonomiczne Problemy usług nr 95, Szczecin.
- Dobska, M., 2005, *Usługi medyczne w Polsce w fazie postakcesyjnej* w: Kłosiński, K., Kłosiewicz-Górecka, U. (red.), *Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym*, Instytut Rynku Wewnętrznego i Konsumpcji, Warszawa.
- Dobska, M., 2005, *Możliwość współpracy przedsiębiorstw w świetle ustawy o zamówieniach publicznych*, w: Rogoziński, K. (red.), *Marketing Usług Profesjonalnych: współpraca na konkurencyjnym rynku usług profesjonalnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.

- Dobska, M., 2006, *Zarządzanie w usługach medycznych*, w: Rogoziński, K.(red.), *Zarządzanie relacjami w usługach*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Dobska, M., 2006, *Marketing usług medycznych między skrajnościami*, w: Rogoziński, K.,(red.), *Marketing usług profesjonalnych : usługi bogate w wiedzę*, Wyd. Infomila, Poznań.
- Dobska, M., 2007, *Transformacja polskiego rynku usług medycznych w świetle integracji europejskiej*, w: Kłosiński, K. (red.), *Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym Unii Europejskiej*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Konjunktur w Warszawie, Warszawa.
- Dobska, M., Rogoziński, K. (red.), 2008, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dobski, P., 2012, *Zarządzanie przez jakość w handlu detalicznym. Koncepcja i zastosowanie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Docteur, E., Oxley, H., 2003, *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Paper, Paris.
- Domżał-Drzewiecka, R., 2000, *Miejsce pracownika w systemie zarządzania zamianami w podstawowej opiece zdrowotnej*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,, Kraków.
- Donabedian A., 2002, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, Oxford.
- Donabedian, A., 1974, *Concepts of Health Care Quality: A Perspective*, National Academy of Science, Washington DC.
- Donabedian, A., 1988, *Quality Assessment and Assurance*, w: *Unity of Purpose, Diversity of Means*, Inquiry nr 25 (1).
- Dowżycki, A., Sobolewski, H., Tłuchowski W., 2004, *Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Drury, C., 2002, *Rachunek kosztów: wprowadzenie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dubowikow, B.A., 1969, *Podstawy naukowej organizacji kierowania jakością*, PWE, Warszawa.
- Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Wójtowicz, E., 2009, *PATH – Narzędzie dla oceny i poprawy jakości w szpitalach z wykorzystaniem wskaźników funkcjonowania szpitala*, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków,.
- Duff, R.S., Hollingshead, A.B., *Sickness and Society*, Harper & Row, Nowy Jork 1987.
- Duplik, I., 1998, *Restrukturyzacja procesów gospodarczych, Reengineering. Teoria i praktyka*, Placet, Warszawa.
- Durbajło-Mrowiec, M., 2009, *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Dworkin, G., 1998, *Theory and practice of autonomy*, Cambridge University Press.
- Dyr, T., 1996, *Kształtowanie jakości pasażerskich usług transportowych*, Politechnika Radomska im. K.Puławskiego, seria: Monografie, nr 26, Radom.

- Dzięgielewski, M., 2010, *Ocena jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach – przegląd istniejących systemów*, XIV Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie zdrowia, Kraków.
- Dziubińska-Michalewicz, M., 2004, *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych, nr 1058.
- Dziubiński, K., 2007, *Doskonalenie zawodowe lekarzy aktualnym problemem jakości opieki zdrowotnej*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Edelman, P., 1997, *The Worst Thing Bill Clinton Has Done*, The Atlantic Monthly, vol. 279, no. 3.
- Engeleiter, H.J., 1970, *Unternehmensbewertung*, Stuttgart.
- Enthoven, A.C., 1985, *Reflections on the Management of the National Health Service: An American Looks at Incentives to Efficiency in Health Services Management in the UK*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Enthoven, A.C., 1988, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, American Elsevier.
- Etel, M., 2009, *Pojęcie przedsiębiorcy w prawie polskim i prawie Unii Europejskiej oraz w orzecznictwie sądowym*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Feigenbaum, A.V., 1991, *Total Quality Control*, McGraw Hill, New York.
- Feldstein, P.J., 1993, *Health Care Economics*, 4th ed., Delmar Publishers Inc., Albany, NY.
- Fijałkowska-Kolano, E., 2000, *Opieka zdrowotna po reformie*, Antidotum, nr 5.
- Filiipiak, B., Panasiuk, A., 2008, *Przedsiębiorstwo usługowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Finkelstein, S., Hambrick, D.C., 1996, *Strategic Leadership: Top Executives and their Effects on Organizations*, West Publishing Company.
- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J., 1998, *Service Management. Operations, Strategy, and Information Technology*, Irwin Mc Graw – Hill, Boston.
- Fiutak, A., 2012, *Prawo medyczne w orzecznictwie z komentarzem*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Flexner, A., 1910, *Medical Education in the USA and Kanada*, Updyke, Boston.
- Flynn, N., 1997, *Public sector management*, Third edition, Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, Londyn.
- Folland, S., Goodman, A., Stano, M., 2011, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Frąckiewicz, L., 1991, *Polityka ochrony zdrowia*, w: Frąckiewicz L., Iwankiewicz-Rak, B., Hereźniak, G., *Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice.
- Frąckiewicz, L., 1991, *Polityka ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Synteza, Katowice.
- Frąckowiak, J., 2005, *Łączenie lub podział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Rejent, nr 9.
- Frąckiewicz, L., 1998, *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice.

- Frączkiewicz-Wronka, A. (red.), 2006, *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka, A., 2001, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, wyd. 2 poprawione i rozszerzone, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka, A., 2009, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Szymaniec K., 2012, *Model interesariuszy w zarządzaniu zmianą w szpitalach*, w: Sułkowski, L., Seliga, R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Freidson, E., 1975, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Dodd Mead and Company, New York.
- Gabrusewicz, W., Kamela-Sowińska, A., Poetschke, H., 2000, *Rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa.
- Gancher, E.J., Coffey, R.J., *Total Quality in Healthcare from Theory to Practice*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1993,
- Garstka, M., 2006, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa podział przez wydzielenie*, CeDeWu, Warszawa.
- Gibiński, K., 1994, w: Gibiński, K. (red.), *Tajemnica lekarska*, Przedmowa, Prace Komisji Etyki Medycznej Wydawnictwo PAU, Kraków
- Gilligan, C., Lowe, R., 1995, *Marketing and Health Care Organizations*, Radcliffe Medical Press, Oxford, New York,
- Goffman E., 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Penguin, London.
- Gold M., 1999, *The Changing US Health Care System: Challenges for Responsibles Public Policy*, The Milbank Quarterly, 77 (1).
- Golinowska, S. (red.), 1996, *Publiczne wydatki społeczne: Polityka społeczna w latach 1994–1996. Procesy regulacyjne i ich potencjalne skutki*, Warszawa.
- Golinowska, S. (red.), 2004, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona księga*, M.Wisniewski, J.Sobiech, K.Surówka, A.Baran, I.Rydlewska, D.Kawiorska, A.Strzelecka, Ch. Sowada, K.Kissimowa, A.Kozierkiewicz, A.Cylwik, W.Ponikło, J.Rój, A.Sowa, S.Nieszporska, J.Sucheka, E.Kocot, S.Golinowska, C.Włodarczyk, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 21 grudnia.
- Golinowska, S., 2002, *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, materiały konferencyjne Forum ochrony zdrowia – Wyzwania i możliwości rozwiązań zorganizowanego przez Centrum CASE, Warszawa.
- Golinowska, S., 2006, *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. IV, nr 1,
- Golinowska, S., Czepulis-Rutkowska, Z., Sitek, M., Sowa, A., Sowada, Ch., Włodarczyk, C., 2002, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE, nr 5, Warszawa.
- Golinowska, S., Kozierkiewicz, A., Sowada, Ch., 2004, *Pożądanee kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją, Trzeci etap reform*, Wydawnictwo CASE, Warszawa.

- Gostick, C., 1995, *Health and Social Care Futures In The NHS and Long – Term Care*, King's Fund Community Care Debates, King's Fund Publishing, London.
- Górecki, D., *Problematyka konstytucyjnego ujęcia prawa do ochrony zdrowia*, opracowanie dla Ministerstwa Zdrowia, materiał niepublikowany, Warszawa lipiec 1999.
- Goryński, P., Wojtyniak, B., 2005, *Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 86 (1).
- Götting, G., 1961, *Spotkanie z Albertem Schweitzerem*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Grajewski, P., 2003, *Evidence Based Medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską*, Ósma Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 9–11 kwietnia 2003, Wydawnictwo Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Kraków.
- Grajewski, P., Jaeschke, R., 2011, *Podstawy EBM*, w: Szczeklik, A. (red.), *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011*, Medycyna Praktyczna, Kraków
- Greene, R.T., 1993, *Global Quality: A Synthesis of the World's Best Management Methods*, Milwaukee.
- Grönroos, Ch., 1982, *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki.
- Grudzewski, W.M., Hejduk, I.K., 2000, *Projektowanie systemów zarządzania*, Difin, Warszawa.
- Grzybowski, A., 1999, *Ustawowe zadania samorządu z zakresu ochrony zdrowia*, w: Głowacka M.D. (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa, 8–9 października 1999, Wydawnictwo Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań.
- Gumieniak, L., 2005, *Formalności, które należy dokonać w celu likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i utworzeniu w jego miejsce niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej*, Starostwo Powiatowe w Kamiennej Górze.
- Gummesson, E., 1979, *Models of Professional Services Marketing*, Marknadstekniskt Centrum, Stockholm.
- Gummesson, E., 1983, *Quality Management in Service Organisations*, ISQA.
- Gummesson, E., 2000, *Sustainable Service Strategies: Lessons from Health Care*, w: *Service Quality in the New Economy: Interdisciplinary and International Dimensions*, 2000, Edvardsson, B., Brown, S., Johnston, R., Scheuing, E., ISQA, University of Warwick
- Gutzwiller, F., 1997, *Popieranie jakości w szwajcarskiej opiece zdrowotnej*, Antidotum, nr 3.
- Haffer, R., 2003, *Systemy zarządzania jakością w budowaniu przewag konkurencyjnych przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń.
- Hajduk, Z., 2011, *Ogólna metodologia nauk*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Hajdukiewicz, D., 2003, *Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej – różnice. Wady i zalety obu rozwiązań*, Ósma Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 9–11 kwietnia 2003, Wydawnictwo Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Kraków.
- Halik, J., 2001, *Utworzenie powiatów a funkcjonowanie ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym* w: Gorzelak, G., Jałowieski, B., Stec, M. (red.), *Reforma terytorialnej organizacji kraju: dwa lata doświadczeń*, Warszawa.

- Hamrol, A., Mantura, W., 1998, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, WarszawaPoznań.
- Hamrol, A., Mantura, W., 2006, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Health Insurance in The Netherlands – The new health insurance system from 2006*, The Ministry of Health, Welfare and Sport, the Hague, 1 September 2005.
- Healthy People. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, 1990, Department of Health & Human Services, Washington DC, September.
- Healthy People. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, Department of Health & Human Services, Washington DC, September 1990.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B., 1999, *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Hedberg, B., Yakhlef, A., Baumard, Ph., 2002, *Managing Imaginary Organizations. A New Perspective on Business*, Pergamon Press.
- Helbling, C., 1991, *Unternehmensbewertung und Steuern*, 6. Aufl, Düsseldorf.
- Heller, M., 2009a, *Filozofia nauki. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Petrus, Kraków.
- Heller, M., 2009b, *Jak być uczonym?*, Znak, Kraków.
- Hibner E., 2003, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź.
- Hill, M., 2010, *Polityka społeczna we współczesnym świecie. Analiza porównawcza*, Difin, Warszawa.
- Hills, J., 1993, *The Future of Welfare: A Guide to the Debate*, Macmillan Education, New York.
- Higgins, J., 1988, *The business of medicine*, Macmillan Education, New York.
- Hischfeld, M., 1997, *Quality of Care in Nursing: A Global Perspective, Health Care in Transition*, WHO/ EURO, Spring, vol. 1.
- Hofstede, G., 2000, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa.
- Holmlund, M., 1997, *Perceived Quality in Business Relationship*, Publications of the Swedish School of Economics and Business Administrations, No 66, Helsinki.
- Horosz P. (red.), 2012, *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, pod red. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Hsiao, W.C., 2003, *What is a Health System? Why Should We Care?*, Harvard School of Public Health.
- Hsiao, W.C., Dunn, D.L., Verrilli, D.K., 1993 *Assessing the implementation of physician payment reform*, New England Journal of Medicine, vol. 328.
- Ignaciuk, I., 1990, *Jak ustalać wartość przedsiębiorstwa?*, Przegląd Organizacji, nr 6.
- Illich, I., 1975, *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Calder and Boyars, London.
- Imieliński, K., Imieliński, Ch., Imieliński, A., 1999, *Albert Schweitzer. Myśliciel – humanista – lekarz*, Wydawca Albert Schweitzer Word Academy of Medicine, Warszawa.
- Indulski, J., Gdulewicz, T., Szymborski, L., Włodarczyk, C., 1981, *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*, Zdrowie Publiczne, nr 11.
- Indulski, J., Leowski, J., 1971, *Podstawy medycyny społecznej*, PZWL, Warszawa
- Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia na temat przystosowania polityki zdrowotnej Polski i harmonizacji prawa z zakresu ochrony do wymogów Unii Europejskiej*, 1999, Ministerstwo Zdrowia, listopad.

- Informacja o wynikach kontroli gospodarki majątkiem pozostającym w dyspozycji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przyjętym od Skarbu Państwa przez jednostki samorządu terytorialnego w wyniku reformy administracji publicznej*, 2003, Warszawa, marzec.
- Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, 2011, Najwyższa Izba Kontroli, nr ew. 104/2011/P/10/097/KPZ.
- Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia*, Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, KPZ – 41008 – 2003, nr ewid. 4/2004/P/03/099/ KPZ, Warszawa 2004.
- Irving, D., 2001, *The changing relationship between the public and the medical profession*, Journal of the Royal Society of Medicine nr 94.
- Iwankiewicz-Rak, B. (red.), 2011, *Marketing w usługach – przykłady zastosowań*, Wydawnictwo WSB, Poznań.
- Iwankiewicz-Rak, B., 1997, *Marketing organizacji niedochodowych. Wybrane problemy adaptacji w warunkach polskich*. Monografie i Opracowania nr 121, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław
- Iwankiewicz-Rak, B., 2009, *Causa Related Marketing – strategia firm komercyjnych i organizacji non – profit*, Współczesne zarządzanie, nr 1.
- Iwankiewicz-Rak, B., 2010, *Partnerstwo organizacji pozarządowych i administracji terenowej – cechy i znaczenie*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług nr 56, Szczecin.
- Iwankiewicz-Rak, B., 2012, *Usługi społeczne – kryteria wyboru miejsca i formy konsumpcji*, w: Iwankiewicz-Rak, B., Pananskiuk, A., Rogoziński, K. (red.), *Usługi w Polsce 2012. Teoria usług. Funkcjonowanie sektora usługowego. Kształcenie w usługach*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Iwasiewicz, A., 1999, *Zarządzanie jakością*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków.
- Izdebski, H., 1997, *Historia administracji*, Wydawnictwo Liber, Warszawa.
- Jack, W., 1999, *Principles of Health Economics for Developing Countries*, The World Bank, Washington DC.
- Jaensch, G., 1966, *Wert und Preis der ganzen Unternehmung*, Opladen, Köln.
- Jagoda, H., Lichtarski, J., 1994, *Problemy o wytyczne restrukturyzacji naprawczej przedsiębiorstw*, w: Borowiecki, R. (red.), *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w procesie transformacji rynkowej*, AE-TNOiK, Kraków.
- Jakość opieki szpitalnej*, na podstawie P.Rosena, *Quality in Hospitals*, za: Antidotum 1994 nr 3.
- Jakubaszek, M., 2011, *Dotacja celowa jako zachęta dla komercjalizacji szpitali*, Wspólnota, nr 47.
- Jaruzelska, W., Grudniewski, R., Agrawal, A., Katib, A., 2005, *Relacja terapeutyczna pomiędzy lekarzem i pacjentem w szpitalu, jako spotkanie osób*, w: Syroka, A., Rudnicki, J., Agrawal, A.K. (red.), *Relacje lekarz – pacjent w procesie medycyzacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław.
- Jasiński, Z., 1992, *Restrukturyzacja systemu zarządzania przedsiębiorstwem*, *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, nr 8.

- Jaworska-Luczak, B., 2002, *Prywatyzacja w ochronie zdrowia w Polsce – analiza stanu obecnego i prognozy na przyszłość*, *Zdrowie Publiczne*, nr 112.
- Jolley, M., Brykczyńska, G., 1992, *Nursing Care: The Challenge to Change*, London.
- Jonas, H., 1954, *Einige Bemerkungen zur Bestimmung des Verkehrswertes von Unternehmung*, *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, nr 24.
- Jończyk, J., 2004, *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, *PiZS*, nr 11.
- Juran, J.M., 1988, *Quality Control Handbook*, McGrawHill, New York.
- Juran, J.M., Gryfin, F.M., 1974, *Jakość, projektowanie, analiza*, WNT, Warszawa
- Kachniarz, M., 2008, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolter Kluwer, Warszawa.
- Kalecińska, J., 2011, *System ochrony zdrowia we Francji*, w: Kalecińska, J., Herbst, I. (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Wydawnictwo Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa.
- Kamela-Sowińska, A., Mirecki, A.B., 1995, *Restrukturyzacja jako proces podnoszenia efektywności przedsiębiorstw*, OPOV, Bydgoszcz.
- Karaszewski R., 1999a, *Stopień zaangażowania polskich przedsiębiorstw we wprowadzanie zarządzania przez jakość*, *Problemy Jakości*, nr 5.
- Karaszewski R., 1999b, *Total Quality Management, Zarządzanie przez jakość. Wybrane zagadnienia*, Dom Organizatora, Toruń.
- Karaszewski, R., 1999c, *U źródeł TQM*, *Problemy Jakości*, nr 1.
- Karkowski, T., 2012, *Restrukturyzacja szpitali*, wyd. 2 zmienione i uzupełnione, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Katz, J., 1984, *The Silent Word of Doctor and Patient*, Fress, New York
- Kautsch, M., Frączek, K., 2000, *Jakość usług – co widzi pacjent*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kavanagh, D., 1990, *Thatcherism and British Politics*, Oxford University Press, Oxford.
- Kemenade, Y.W. van, 1997, *Health Care In Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsssen.
- Kępiński, A., *Poznanie chorego*, 1978, Warszawa.
- Kiljańska, M., 2009, *Kluczowe przesłania Międzynarodowego Forum Jakości i Bezpieczeństwa w Opiece Zdrowotnej*, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kindlarski, E., 1993, *Zarządzanie przez jakość w Japonii i USA*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa.
- Kindlarski, E., 1998, *Jakość wyrobów*, PWN, Warszawa.
- Kindlarski, E., Bagiński, J., 1994, *Podstawy zarządzania przez jakość*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa.
- Klisowska, I., 2006, *Kilka uwag na temat przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, w: Węgrzyn, M., Wasilewski, D. (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. O. Langego we Wrocławiu, nr 1103, Wrocław.
- Kłós, Z., 1994, *Wprowadzenie strategii TQM do polskich przedsiębiorstw – analiza uwarunkowań*, *Organizacja i Kierowanie*, nr 1.

- Kłos, Z., 1999, *TQM, definicje, zakres*, Problemy Jakości, nr 2.
- Knowles J.H., 1977, *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, Dædalus, Journal of the American Academy of Arts and Science, vol. 106, no. 1, Winter, Richmond, VA.
- Knowles, R.L., Griebisch, I., Bull, C., 2007, *Quality of Life and Congenital Heart Defects: Comparing Parent and Professional Values*, Archives of Disease in Childhood, vol. 92.
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, 2003, Wydawnictwo Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Warszawa.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (eds.), 1999, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC.
- Kolarska-Bobińska, L., 2000, *Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji*, Instytut Spraw Publicznych, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Kolbe, K., 1959, *Ermittlung von Gesamtwert und Geschafswert der Unternehmung*, Düsseldorf.
- Kolman R., Krukowski K., 1997, *Nowoczesny system jakości. Poradnik dla przedsiębiorcy*, Biblioteka Menedżera i Służby Pracowniczej, z. 66/97, TNOiK, Bydgoszcz.
- Kolman, R., 2002, *Kwalitologia konsumencka wyzwaniem dla przedsiębiorstw*, w: Skrzypek, E. (red.), *Future 2002. Zarządzanie przyszłością przedsiębiorstwa*, Materiały z konferencji naukowej, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.
- Kołodziejwski, R., 2003, Głosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2002 roku, IV CKN 1667/00, Prawo Spółek..
- Kolwitz, M., 2010, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych Państw Unii Europejskiej*, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, nr 56.
- Komentarz do normy ISO 9000:2000, Wydawnictwo Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2001
- Komentarz do uchwały Sądu zamieszczony na portalu prawo.money.pl, pobrano dnia 5 listopada 2012 roku..
- Komorowski, J., 1997, *Budżetowanie jako metoda zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kopaliński, W., 2002, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Świat Książki, Warszawa.
- Kopczyński, Z., 2007, *Projekt programu uznawania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Korsch, B.M., Harding, C., 1999, *Świadomy pacjent*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Kosicki, C., 2000, *Prawo działalności gospodarczej. Komentarz*, Wydawnictwo Beck, Warszawa.
- Kosiński, S., 1989, *Socjologia ogólna, zagadnienia podstawowe*, PWN, Warszawa.
- Kotler, Ph., Clarke, R. N., 1987, *Marketing for health care organisations*, Prentice – Hall, New Jersey.

- Kowalczyk-Jakubowska, D., Malewicz, A., 1992, *Rstrukturyzacja jako technika ratowania i rozwoju przedsiębiorstwa*, ORGMASZ, Warszawa.
- Kozierkiewicz, A. (red.), 2008, *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Termedia Poznań.
- Koźuch, B., 2009, *The Culture of Cooperation. Theoretical Aspects*, Journal of Intercultural Management, vol. 1, nr 2.
- Krajewski, S., 2009, *Prywatyzacja. Restrukturyzacja. Konkurencyjność polskich przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krajewski-Siuda, K., Romaniuk, P., 2011, *Zdrowie publiczne. Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Wydawnictwo Instytut Sobieskiego, Warszawa.
- Kroeber, A.L., Kluckholm, C., 1952, *A Critical Review of Concepts and Definitions*, Papers Beabody Museum No. 1. (strona 305)
- Kroszel, J., 1994, *Podstawy polityki społecznej w gospodarce rynkowej. Wprowadzenie do polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole,
- Kroszel, J., 1997, *Podstawy polityki społecznej. Uwarunkowania, pojęcia, instytucje i działanie*, Poznań–Wrocław.
- Krowicka, A., Pitera-Czyżowska, E., 2004, *Opieka zdrowotna po wejściu Polski do Unii Europejskiej*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.
- Kruk-Kupiec, G., Koczy, B., Szwałkiewicz, E., 2007, *Projekt jakości – Bezpieczne przemieszczanie i podnoszenie chorych*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Krysek, U., *Gefahren bei der Rettung von Unternehmung: woran Sanierungen schreitem können*, Zeitschrift für Organization, nr 5/1991.
- Ksykiewicz, A., Rusecki, P. (red.), 1996, *Doskonalenie opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym*, Wydawnictwo AM w Lublinie, Lublin.
- Kubik Ch.K., 1999, *Amerykański system opieki zdrowotnej. Podręcznik dla wszystkich*, t. 1, Wydawnictwo AMSYZDRO, Chicago.
- Kubik, Ch.K., 1998, *Jak korzystać z opieki zdrowotnej w Ameryce?*, Wydawnictwo AMSYZDRO, Chicago.
- Kubiński, P., 2008, *Działalność gospodarcza w zakresie ochrony osób i mienia i jej koncesjonowanie*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kubler-Ross, E., 1970, *On Health and Dying*, Macmillan Publishing, London.
- Kubot, Z., 2009, *Rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna, nr 1.
- Kucharz, E.J., 2009, *Medycyna personalizowana i jej wpływ na jakość terapii i bezpieczeństwo pacjenta*, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kuciński, K. (red.), 2010, *Metodologia nauk ekonomicznych. Dylematy i wyzwania*, Difin, Warszawa.
- Kufel, J., Siuda, W., 2001, *Prawo gospodarcze dla ekonomistów*, Wydawnictwo SCRIPTUS, Poznań.
- Kufel, M., 1992, *Metody wyceny przedsiębiorstw. Nieznany świat finansów*, Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała.
- Kuhn, T., 1968 *Struktura rewolucji naukowych*, PWN, Warszawa.

- Kulikowski J., 2009, *Jak dawniej z jakością bywało*, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kulikowski, J., 2010, *Profesjoniści a błędy*, XIV Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kuniewicz, M., 2007, *Czy młodzi wyjadą*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kunkiel-Kryńska, A., 2009, *Utworzenie kapitałowej spółki handlowej*, Wspólnota. Pismo samorządu Terytorialnego, nr 42/944.
- Kurkowski, J.L., 1997a, *Błędy i zaniedbania lekarskie. Przypadki czy epidemia?*, Służba Zdrowia, nr 79–80.
- Kurkowski, J.L., 1997b, *Człowiek i medycyna. Pieniądże albo życie*, Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Katowice
- Kurkowski, J.L., 1999, *Błędy i zaniedbania lekarskie*, Gazeta Lekarska – Pismo Izb Lekarskich, nr 1.
- Kurkowski, J.L., 2002, *Medycyna. Bioetyka i polityka*, Ośrodek Wydawniczy Augustyna, Katowice.
- Kurkowski, J.L., 2002b, *Medycyna. Bioetyka i polityka*, Ośrodek Wydawniczy Augustyna, Katowice.
- Kurkowski, J.L. 2002b, *Medycyna, bioetyka i polityka*, a-medica press, Warszawa
- Kurkowski, J.L., 1997, *Człowiek i medycyna. Pieniądże albo życie*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice.
- Kurkowski, J.L., 1998, *Medycyna. Problemy i interesy*, Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice
- Kurkowski, J.L., 2002a, *Błędy i zaniedbania w medycynie*, Siódma Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Kurpias, W., Ziółkowski, M., Smith, P., Hayes, S., 2011, *System ochrony w Wielkiej Brytanii*, w: Kalecińska, J., Herbst, I. (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Wydawnictwo Centrum partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa.
- Kwiatkiewicz, A., Robak, E., 1999, *Kultura organizacyjna jako czynnik kształtowania zachowań pracowniczych*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa, pod red. M.D. Głowackiej, Poznań 8–9 października.
- Lachiewicz, S., Zakrzewska-Bielawska, A. (red.), 2005, *Restrukturyzacja organizacji i zasobów kadrowych, przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Kraków.
- Lackmann, F., 1962, *Theorien und Verfahren der Unternehmensbewertung*, Berlin.
- Lalond, M., 1978, *A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document*, Ministry of Supply and Services of Canada, Ottawa.
- Lamping, W., 2007, *Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobject*, Kurswechsel, nr 2.
- Łańda, M., 2000, *Próba oceny zadań Naczelnego Lekarza i ordynatorów w przygotowaniu szpitala do akredytacji*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.

- Lange O., 1967, *Ekonomia polityczna*, t. 1, PWN, Warszawa
- Lanham, H.J., McDaniel, R.R., Crabtree, B.F., Miller, W.L., Stange, K.C., Tallia, A.F., Nutting, P.A., 2009, *How Improving Practice Relationship among Clinicians and Non-clinicians Can Improve Quality in Primary Care*, Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, vol. 35, no. 9.
- Lawthers A.G., 1999, *Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia*, Zdrowie i Zarządzanie, nr 3.
- Learning from Bristol: The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995*, 2001, The Stationery Office; London, July.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I., 2008, *Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action*, WHO.
- Lei, D., Hitt, M., 1995, *Strategic Restructuring and Outsourcing: The Effect of Mergers and Acquisitions and LBOs on Building Firm A Kills And Capabilities*, Journal of Management, vol. 21, no. 5.
- Lenartowicz H., 1998, *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Lenartowicz, H., 1998, *Podstawy zarządzania: przewodnik dydaktyczny*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Leowski, J., 1999, *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, w: Karski, J.B. (red.), *Promocja zdrowia*, Ignis, wydanie 3, Warszawa.
- Leowski, J., 2000, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, Prawo i Medycyna, nr 6–7.
- Leowski, J., 2010, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, wyd. 3, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa.
- Leowski, J., Opolski, J., 2001, *Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21. stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia*, Antidotum, nr 9.
- Leśniewska, A., 2009, *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 1.
- Lewandowski, J., 1998, *Zarządzanie jakością*, Wydawnictwo Marcus, Łódź.
- Lewis, R.C., Booms, B.H., 1983, *The Marketing Aspects on Services Quality*, w: *Emerging Perspectives on Services*, Marketing Association, Chicago.
- Lewthers, A., 1997, *Zewnętrzne monitorowanie jakości a wewnętrzna poprawa jakości*, Druga Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Light, D.W., 1991, *Professionalism as a Countervailing Power*, Journal of Health Politics, Policy & Law, vol. 16, no. 3.
- Lipiński E., 1955, *Wstęp do rozważań nad problematyką usług w ekonomii politycznej socjalizmu*, w: *Usługi i ich rola społeczno-polityczna*, Warszawa 1955.
- Lipkin, M., Putnam, S.M., Lazare, A., 1995, *The Medical Interview*, Springer-Verlag, New York.
- Lipowski, A., 2001, *Procesy restrukturyzacji w przedsiębiorstwach przemysłowych okresu transformacji systemowej*, w: Mączyńska, E. (red), *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w procesie transformacji gospodarki polskiej*, Wydawnictwo DiG, Warszawa.
- Lockyer, K., Muhlemann, A., Oakland, J., 1991, *Production and Operations Management*, Singapore.

- Looy van B., Dierdonck van, R., Gemmel, 1998, P., *Services management an Integrated Approach*, Pitman Publishing, London.
- Lomas J., *Research and the Health Policy Progress: A Canadian Perspective*, w: *Research and the Health Policy Progress*, 2nd Annual Health Policy Conference Proceedings, CHEPA, Hamilton Ontario 1989.
- Lomas, J., 1989, *Research and the Health Policy Progress: A Canadian Perspective*, w: *Research and the Health Policy Progress*, 2nd Annual Health Policy Conference Proceedings, CHEPA, Hamilton, Ontario.
- Londono, J.L., Frenk, J., 1997, *Structured pluralism: towards an innovative model for Health system reform in Latin America*, Health Policy, vol. 41.
- Łucewicz, J., 1999, *Kultura organizacyjna firmy i jej pomiar*, w: *Sukces w zarządzaniu. Problemy kadrowo – zarządcze*, (red) S.Chelpa, T.Listwan, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław
- Łuczak, J., 1998, *Zarządzanie dostawami, certyfikacja dostawców, system jakości ISO 9000*, Oficyna Wydawnicza Sami Sobie, Poznań.
- Łuczak, J.R., 1999, *Lekarz rodzinny i jego pacjent w zmieniającym się otoczeniu*, Zdrowie i Zarządzanie, t. 1, nr 5.
- Maarse H., 2002, *Europejska reforma służby zdrowia – doświadczenia zachodnioeuropejskie i wnioski dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, materiały konferencyjne Forum ochrony zdrowia – Wyzwania i możliwości rozwiązań zorganizowanego przez Centrum CASE.
- Maciąg, A. (red.), 2007, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Wydawnictwo α-medica Press, Bielsko-Biała.
- Magda, I., Szczygielski, K., 2011, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Sprawne Państwo, Wydawnictwo Ernst & Young, Warszawa.
- Magnuszewska-Otulak, G., 2013, *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*, w: Firlit-Fesnak, G., Szylo-Skoczny, M. (red.), *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mały słownik języka polskiego*, 1989, PWN, Warszawa.
- Marciniak R., 1999, *Wykorzystanie instrumentów pomiaru jakości w celu doskonalenia poziomu świadczonych usług medycznych*, Antidotum, nr 5.
- Marciniak, J., 2000, *Prywatyzacja ochrony zdrowia: Rozważania optymistyczne*, Służba Zdrowia, nr 1–3.
- Marcinkowska, E., 2012, *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, wyd. 2, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Masing, W., 1994, *Handbuch Qualitäts-Management*, Hauser Verlag, München.
- Materna, G., 2008, *Pojęcie przedsiębiorcy w polskim i europejskim prawie ochrony konkurencji*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Mazur, B., Binek, J., Leśniakiewicz, J., Bedlicki, M., Bukowczan, M., 2010, *Monitorowanie wskaźników a poprawa jakości oferowanych usług w oparciu o wskaźnik zgonów po udarze mózgu oraz resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, XIV Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.

- McDevitt, P., 1987, *Learning by doing: strategic marketing management In hospitals*, Health Care Management Review 12 (1)
- Mellerowicz, K., 1952, *Der Wert der unternehmung als Ganges*, Essen.
- Miaskowska-Daszkiewicz, K., Szmulik, B. (red.), 2010, *Encyklopedia samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Michalski, T., 2010, *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Mikietyński, M., 2008, *Restrukturyzacja ochrony zdrowia w wymiarze regionalnym i lokalnym*, w: Dobska M., Rogoziński K. (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa.
- Milczarek, M., 2005, *Warunki ekonomiczno-finansowe działalności i rozwoju szpitali. Perspektywy i niezbędne działania*, w: *Polityka zdrowotna*, t. 3, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, Łódź.
- Mills, A.J., Ranson, M.K., 2001, *The Design of Health Systems*, w: Merson, M.H., Black, R.E., Mills, A.J., (eds.), *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policy*, Aspen Publishers, Gaithersburg, MD.
- Miłosz, C., *Wstęp*, 2009, w: Szczeklik, A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków.
- Młodzianowska, D., 2006, *Wady systemowe w ochronie zdrowia jako zagrożenie sukcesu komercjalizacji i prywatyzacji opieki zdrowotnej w Polsce*, w: Węgrzyn, M., Wasilewski, D. (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. O. Langego we Wrocławiu, Nr 1103, Wrocław.
- Mokrzycka, A., Kowalska, I., 2012, *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych. Przekształcenia. Struktura. Zasady działania*, Difin, Warszawa.
- Morecka, Z., 1989, *Polityka społeczna a nowy ład społeczny*, *Polityka Społeczna*, nr 5–6.
- Morgan, G., 1986, *Image of Organization*, Beverly Hills, Sage, Los Angeles.
- Mozalewski, M., 2010, *Rodzaje i metody restrukturyzacji przedsiębiorstw*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, nr 2.
- Murkowski M., 1995, *Koncepcja akredytacji szpitali w Polsce (Projekt wstępny)*, Pierwsza Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków.
- Murkowski, M., Nowacki, W., Koronkiewicz A., 1996, *Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Musgrove, P., 2000, *Health Insurance: The Influence of the Beveridge Report*, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 6.
- Nadziejko M., Ścibor Z.A., 1999, *Jakość opieki pielęgniarskiej w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej i prywatnej praktyce pielęgniarskiej*, Czwarta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 22–23 kwietnia 1999.
- Nalepka, A., 1998, *Zarys problematyki restrukturyzacji przedsiębiorstw*, Antykwa, Kraków.
- Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015*, załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

- Narolski, M., 2012, *Podmioty lecznicze w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej*, w: Brzezińska-Grabarczyk, D., Narolski, M. (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Nestorowicz, M., 2000, *Odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i nieuzyskanie świadczenia zdrowotnego w nowym systemie opieki zdrowotnej*, *Prawo i Medycyna*, nr. 6–7.
- Newbrander W., Parker D., 1992, *The Public and Private Sektors in Health: Economics Issues*, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 7.
- NHS Executive, 1998, *The New NHS, Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance*, Consultation Document, February.
- Nieścior, A., 2000, *Bieguny pojęcia jakości – Arystoteles i ujęcie procesowe*, *Problemy Jakości*, nr 3.
- Niewadzi C., 1967, *Usługi w gospodarce narodowej*, PWE, Warszawa.
- Nightingale, F., 1859, *Notes on Hospitals*, Parker & Son, London.
- Nightingale, F., 1860, *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*, Harrison, London.
- NIK, 2003, *Informacja o wynikach kontroli wykorzystania łóżek szpitalnych w świetle prawidłowości rozliczeń kosztów działalności placówek medycznych*, Warszawa, czwarte.
- NIK, 2004, *Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia*, Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, KPZ – 41008 – 2003, nr ewid. 4/2004/P/03/099/ KPZ, Warszawa 2004.
- Nizankowski R., 2003, *Integracja – pożądana w różnych znaczeniach*, w: *Informacja a jakość w opiece zdrowotnej*, Ósma Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 9–11 kwietnia 2003, Wydawnictwo Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Kraków.
- Nizankowski, R., 1996, *Sześć podstawowych mitów o możliwościach poprawy jakości świadczeń medycznych*, *Quality Land*, no. 1 (4).
- Nizankowski, R., 1998, *Barriere myślenia magicznego o jakości*, Trzecia Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Nizankowski, R., 2000, *Postęp nauk medycznych a jakość opieki*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 12–14 kwietnia.
- Nizankowski, R., Bedlicki, M., Surowiec, J., 1996, *Akredytacja drogą do jakości*, *Quality Land, Zarządzanie & Jakość*, nr 2 (5).
- Nizankowski, R., 1999, *Początek akredytacji polskich szpitali*, *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 3.
- Noga, A., 2011, *Teorie przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.
- Nogalski, B., 2008, *Kształtowanie kompetencji menadżerskich w zarządzaniu podmiotami sektora ochrony zdrowia*, w: Lewandowski, R. (red.), *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn.
- Nogalski, B., Rybicki, J. (red.), 2002, *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Wydawnictwo Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń.

- Nogalski, B., Śniadecki, J., 2001, *Umiejętności menadżerskie w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, OPO, Bydgoszcz.
- Nowacki, W., 2001, *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej, Aspekty zdrowotne integracji europejskiej*, Dodatek do Biuletynu Informacyjnego Krajowego Centrum ds. AIDS, nr 2/6.
- Nuffield Council on Bioethics, 2006, *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine*, London.
- Oakland, J.S., 1992, *Total Quality Management. Text with Cases*, Butterworth–Heinemann, Ltd., Oxford.
- Oakland, J.S., Sohal, A.S., 1996, *Total Quality Management*, Butterwoth-Heinemann, Austria.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz.Urz.MZ 10.2.24 z dnia 25 stycznia 2010 r.).
- OECD, 1992, *(The) Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies, no. 2, OECD, Paris.
- OECD, 1994, *(The) Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Health Policy Studies, no. 5, OECD, Paris.
- Okolski, J. (red.), 2008, *Prawo handlowe*, wyd. 2, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa.
- Olejnik, T., Wieczorek, T., 1982, *Kontrola i sterowanie jakością*, PWN, Warszawa.
- Oleszczyk, K., 2020, *Akredytacja zakładu opieki zdrowotnej*, w: Trocki, M. (red.), *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
- Opolski K., Szemborska E., 1997, *Sfera zarządzania jakością w służbie zdrowia*, Antidotum, nr 9.
- Orczyk, J., 2012, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, wyd. 3, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Ostrowski, S., Przystupa, E., Borowicz, A., 2009, *Zdarzenia niepożądane rejestrowane w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie w latach 2005–2008*, w: Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Ottawa Charter, WHO, Copenhagen*, 1992 w: Karski, J.B., Słońska, Z., Wasilewski, B., *Promocja zdrowia: wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Ignis, Warszawa
- Owcorz-Cydzik, B., 2006, *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1990–2005 – zasady kształtowania rynku świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym*, w: Frączkiewicz-Wronka, A. (red.), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Owoc, A., Owoc, J., Bojar, I., Sygit, K., 2009, *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 90 (3).
- Owsiak, S., 2011, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Barton P.L., 2010, *Understanding the US Health Services System*, Fourth Edition, AUPHA, Health Administration Press.
- Pacholski, L., Cempel, W., Pawlewski, P., 2009, *Reengineering: reformowanie procesów biznesowych i produkcyjnych w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań.

- Paluchowski, W.J., 2002, *Czy marketingowi potrzebna jest psychologia?*, w: Rogoziński, K. (red.), *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej*, Materiały z IV konferencji Marketing usług profesjonalnych, 20–21 maja 2002, Poznań.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1995, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Michaelinum, Watykan.
- Papouschek, U., Böhlke, N., 2008, *Przemiany strukturalne i stosunki pracy w ochronie zdrowia w Polsce, Czechach, Niemczech i Austrii*, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wiedeń.
- Parasuraman, A., Zeithalm, V., Berry, L., 1986, *Servqual: A Multitem Scale For Measuring Customer Perceptions of Service Quality*, Marketing Science Institute, Working Paper Report nr 86–108 August,
- Parasuraman, A., Zeithalm, V., Berry, L.L., 1985, *A Conceptual Model on Service Quality and Its Implications for Future Research*, Journal of Marketing, Autumn.
- Patrick, D.L., Erickson, P., 1993, *Health Status and Health Policy*, Oxford University Press, Oxford, Nowy York.
- Pęcherz, T., Stańczyk, P. (red.), 1998, *Reforma służby zdrowia 1999*, Kraków
- Pełka, B., 1994, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa przemysłowego, cz. 2, Szczegółowe procedury restrukturyzacji*, ORGMASZ, Warszawa.
- Perry, C., 1997, *Outsourcing and Union Power*, Journal of Labour Research, vol. 18, no. 4.
- Pfiffner, J.P., 1995, *President Clinton's Health Care Reform Proposals of 1994*, Executive – Legislative Relations.
- Pietrusiński, E.P., 2010, *Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością – nowe wyzwania dla zakładów opieki zdrowotnej*, w: Ryć, K., Sobczak, A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Pietrzak, K., 2005, *Zaburzenia relacji pomiędzy lekarzem a chorym i jego rodziną w pracy pogotowia ratunkowego*, w: Syroka, A., Rudnicki, J., Agrawal, A.K. (red.), *Relacje lekarz – pacjent w procesie medykalizacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław.
- Pilecki Z., Pilecki G., Ciekalski J., Kutak-Wąsikowska, H., Kutryba, B., Dzieliński, J., 2010, *Tworzenie systemu bezpieczeństwa w opiece ortopedycznej i monitorowanie zdarzeń niepożądanych w artroskopii dzieci*, XIV Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie zdrowia, Kraków.
- Piotrowska-Marczak K., 1996, *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – szanse i zagrożenia*, w: Frąckiewicz, L. (red.), *Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Katowice.
- Piotrowski, J., 1966, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Pipes R., 2007, *Rewolucja rosyjska*, Wydawnictwo Magnum, Warszawa.
- Pisek, P.E., Greenhalgh, T., 2001, *Complexity Science: The Challenge of Complexity in Health Care*, British Medical Journal, no. 323(7313).
- Pisek, P.E., Wilson, T., 2001, *Complexity, Leadership and Management in Healthcare Organisations*, British Medical Journal, no. 323(7315).
- PN EN 28402, ISO 8402, Jakość. Terminologia, 1993, Warszawa.

- Polakowska, M., Przybylski, W., 2007, *Strategia zatrudnienia w ZOZ Końskie*, Jedenasta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Poździuch, S., Domagała, A., Romaszewski, A., Topór-Mądry, R., Zajac, M., 2000, *Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji polski z Unią Europejską. Powiat Ziemski Wałbrzyski – studium przypadku*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Prahalad C.K., Ramaswami V., 2004, *Co-creation experiences: the next practice in value creation*, Journal of Interactive Marketing, vol. 18.
- Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, 2001, Krajewski K., Wójtowicz M. (red) Wydawnictwo Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Program Akredytacji Szpitali – zestaw standardów*, 2009, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Program Akredytacji Szpitali*, 1998, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2002*, 2002, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
- Programu wsparcia na lata 2001 – 2003*, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 roku w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001–2003 (Dz.U. Nr 122, poz. 1326, z późn. zm.)
- Puchała, E., 2001, *Zmiany zatrudnienia w przedsiębiorstwach publicznych i sprywatyzowanych*, w: Mączyńska E. (red.), *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w procesie transformacji gospodarki polskiej*, Wydawnictwo DiG, Warszawa.
- Orava, M., Tuominen, P., 2000, *The Quality of the Surgical Process In a Private Hospital*, w: *Service Quality in the New Economy: Interdisciplinary and International Dimensions*, 2000, Edvardsson, B., Brown, S., Johnston, R., Scheuing, E., ISQA, University of Warwick
- Ovretveit, J., *Quality Methods in Japanese Health Services*, w: *Service Quality in the New Economy: Interdisciplinary and International Dimensions*, 2000, Edvardsson, B., Brown, S., Johnston, R., Scheuing, E., ISQA, University of Warwick
- Quality and Accreditation in Health Care Services. A Global Review*, 2003, Departament of Health Services Provision, Genewa.
- Quality Management in Service Organisations*, 1988, ISQA, Karlstadt.
- Rabczewska, M., 2004, *Lokalna polityka społeczna w Polsce*, w: *Samorząd lokalny w Polsce*. Michałowski, S., Pawłowska, A. (red.), *Społeczno-polityczne aspekty funkcjonowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Radzik-Kazenas, B., 2003, *Podstawowe zagadnienia z zakresu integracji europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego*, wyd. 2, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.
- Raffel, M., 1997, *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania State University Press.
- Rajkiewicz, A., 1979, *Polityka społeczna*, PWE, Warszawa.
- Rajkiewicz, A., 1996, *Istota polityki społecznej – wczoraj i dziś*, w: Rajkiewicz, A., Supińska, J., Książkowski, M. (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa.

- Rakich, J.S., Longest, B.B., Darr, K., 1985, *Managing Health Services Organizations*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Rakowska, A., 2007, *Kompetencje kadry kierowniczej we współczesnych organizacjach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Randall, V.R., 2008, *Clinton's Health Care Reform*, Brooklyn Law School.
- Recha, M., 1997, *Wpływ konkursu polskiej nagrody jakości na promocję zarządzania przez jakość w polskiej gospodarce*, Problemy Jakości, nr 7.
- Roemer, M.I., 1985, *National Strategies for Health Care Organizations. A World Overview*, Health Administration Press
- Roemer, M.I., 1993, *National Health System of the World*, vol. 2, Oxford University Press.
- Rogoziński K., 1993, *Usługi rynkowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2000, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2001, *O profesjonalizmie kształtującym osobowość oraz jego wpływie na kulturę organizacji usługowej*, w: Rogoziński, K. (red.), *Marketing usług profesjonalnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2002, *Potrójny syndrom marketingowej ślepoty i jego przewyciężanie (na przykładzie usług profesjonalnych)*, w: Rogoziński, K. (red.), *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej*, Materiały z IV konferencji Marketing usług profesjonalnych, 20–21 maja 2002, Poznań.
- Rogoziński, K., 2009, *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Rogoziński, K., 2012, *Kompetencje menedżera organizacji usługowej*, w: Rogoziński K., Panasiuk A. (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2012a, *Jedna kultura organizacji usługowej i cztery podstawowe kultury organizacyjne*, w: Rogoziński, K., Panasiuk, A. (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2012b, *Kompetencje menedżera organizacji usługowej*, w: Rogoziński, K., Panasiuk, A. (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K., 2012c, *Zarządzanie wartością z klientem*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Rogoziński, K.W., 1998, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Rogoziński, K.W., 2000, *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Rogoziński, K.W., 2000c, *Zastosowanie aksjologii w przewyciężaniu subiektywizmu ocen jakościowych w marketingu usług profesjonalnych*, w: *Marketing usług profesjonalnych. Jakość usług profesjonalnych*, 22–23 maja 2000, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań
- Rogoziński, K.W., 2009, *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Romanowska M., 1997, *Alianse strategiczne przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.

- Romanowska M., 2000, *Strategie rozwoju i konkurencji*, CIM, Warszawa.
- Romanowska M., 2002, *Analiza strategiczna zakładów opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, (red.) Trocki M., Instytut Przedsiębiorczości i samorządności, Warszawa.
- Romanowska M., 2005, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa.
- Rój, J., Sobiech, J., 2006, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Ros, C., Groenewegen, P., Delnoij, D., 2000, *All Rights Reserved, or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems*, Health Policy, vol. 52, no. 1.
- Rosiek, A., Leksowski, K., 2012, *Infrastruktura szpitala, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego*, referat wygłoszony na konferencji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2012, materiał niepublikowany
- Roter, D.L., Hall, J.A., 2006, *Doctor Talking with Patients/Patients Talking with Doctor*, Auburn Mouse, Westport, Conn.
- Rutkowska-Podołowska, M., Popławski, L., Zaleska-Tsitini, M., 2011, *Health Care Policy in Poland and in Selected European Union: Attempts at Reducing Fast Increasing Medical Care Costs*, The Małopolska School of Economics in Tarnów, Research Papers Collection, vol. 19.
- Rydlewska-Liszkowska, I., 2007, *Modele ubezpieczeń w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa pracujących w wybranych krajach europejskich. Wybrane problemy ekonomiczne*, Medycyna Pracy, nr 58.
- Rydlewska-Liszkowska, I., 2010, *Prywatyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kierunki działań w systemie ochrony zdrowia*, w: Ryć, K., Sobczak, A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Saltman R., Figueres J., 1998, *European Health Care Reform*, World Health Organizations, Copenhagen.
- Sanecki, M., 2002, *Miejsce i rola zakładów opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, w: Trocki, M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Sanecki, M., 2011, *Systemy zdrowia – procesy transformacji – przyczyny i cele zmian*, w: Opolski, J. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Wydawnictwo Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa.
- Sapieżka, Z., 1996, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Szanse i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sasser, W.E., Olsen, P.R., Wyckckoff, D.D., 1978, *Management of Service Operations, Text and Cases*, Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Savas, E.S., 1992, *Prywatyzacja. Klucz do lepszego rządzenia*, PWE, Warszawa.
- Sawicki, K., 1993, *Niektóre zagadnienia celów, metod i technik wyceny przedsiębiorstwa*, Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej SKwP, nr 25, Warszawa.
- Service Quality in the New Economy: Interdisciplinary and International Dimensions*, 2000, Edvardsson, B., Brown, S., Johnston, R., Scheuing, E., ISQA, University of Warwick

- Shaw, Ch., 2001, *Krajowe programy akredytacyjne w Europie*, Zdrowie i Zarządzanie, tom III, nr 3 – 4.
- Shortell, S., Kaluzny, A., 2001, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków.
- Sieben, G., 1976, *Die Entwicklungsstufen in der Funktionslehre der Unternehmensbewertung*, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, nr 28.
- Sieben, G., 1992, *Unternehmensbewertung*, Universität zu Köln, maszynopis.
- Sieńko, A., 2006, *Prawo ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Siewierski, B., 1997, *Total Quality Management, zasady wprowadzania kompleksowego zarządzania jakością w zespołach*, Personel, nr 7/8.
- Sikorski, C., 1998, *Zachowania ludzi w organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sikorski, C., 2012, *Znaczenie kultury organizacyjnej w szpitalu*, w: Sułkowski, Ł., Seliga, R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Siwiec, J., 2000, *Aspekty opieki – wymiary do pomiaru*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 12–14 kwietnia 2000, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Siwińska, V., Brożyniak, J., Ilzecka, J., Jarosz, M., Orzeł, Z., 2008, *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, Zdrowie Publiczne, nr 118.
- Skawińska, M., 2009, *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec)*, Studia Medyczne, nr 13.
- Sloan, K., 1993, *TQM w kształceniu MBA*, referat wygłoszony w trakcie seminarium „Administracja Publiczna” na UJ, Kraków maszynopis.
- Sloan, M.D., Torpey, J.B., 1995, *Success Stories on Lowering Health Costs by Improving Health Care Quality*, ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.
- Słownik języka polskiego PWN*, 1961, PWN, Warszawa.
- Small j., 1998, *ISO dla dyrektorów*, Wydawnictwo Normalizacyjne Alfa – Wero, Warszawa
- Smoleń, M.M., (red.), 2002, *Zarządzanie finansami, logistyka i marketing w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wybrane problemy. Aspekt teoretyczno-praktyczny. Sprawozdanie końcowe z realizacji „Projektu rozwoju służby zdrowia” realizowanego w ramach kredytu Banku Światowego 3466 – POL*, Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, Warszawa.
- Sobczak, I., 2011, *Bilans ludności*, w: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludności, Warszawa.
- Sobolewski H., 2004, *Prywatyzacja przedsiębiorstwa*, w: Sobolewski H., (red) *Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Sobolewski H., 2011, *Determinanty i procedury przekształceń własnościowych przedsiębiorstw państwowych. Dwie dekady prywatyzacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Sobusik, D., 2004, *Finansowanie sfery ochrony zdrowia w jednostce samorządu terytorialnego*, w: Frączkiewicz-Wronka, A., Jasłowicz, J., Owczarz-Cydzik, B., Sobusik,

- D. (red.), *Samorządowa polityka zdrowotna*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Stabryła, A., 1995, *Zarządzanie rozwojem firmy*, Księgarnia Akademicka, Kraków.
- Stackelberg, H., 1947, *Die Entwicklungsstufen der Werttheorie*, Schw. Zeitschr. f. Volksw. u. Stat. Nr 83.
- Starosolski, M., Wróblewski, J., Romaniuk, P., Krajewski-Siuda, K., 2006, *Rządowy projekt reformy zdrowotnej. Ocena szans powodzenia ministerialnego projektu przy użyciu mapowania politycznego*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 87 (3).
- Starr, P., 1995, *What Happened to Health Care Reform?*, The American Prospect, no. 20.
- Steczkowski J., 1995, *Metoda reprezentacyjna w badaniach zjawisk ekonomicznych – społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Kraków.
- Stępniewski, J. (red.), 2008, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Stewart, M., Roter, D. (red), 1989, *Communicating with Medical Patients*, Sage Publications, Newbury Park.
- Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013. Dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013*, 2005, Ministerstwo Zdrowia, 21 czerwca 2005.
- Strategic Intent & Direction for the NHS in Wales, Welsh Health Planning Forum*, 1989 World Hospitals and Health Services, vol. 26, no. 2.
- Strazisar, B., 2007, *Privatization of Health Sector in ex socialist States*, MPRA Paper, nr 3763
- Streissler, A., *Gesundheitsdienstleistungen*, w: Kammer für Arbeiter und Angestellte. Zur Zukunft Öffentlicher Dienstleistungen. Zwischen Staat und Markt – Aktuelle Herausforderungen der Öffentlichen Dienstleistungserbringung 2005 nr 6.
- Styles, M.M., 1993, *March Toward a New Tomorrow*, International Nursing Review, vol. 40, no. 4, July/August,
- Styś A., 1977, *Rynek usług w ujęciu przestrzennym*, PWE, Warszawa.
- Styś A., Olearnik J., Kurczyńska J., 1980, *Ekonomika i organizacja usług*, PWE, Warszawa.
- Suchecka J., 2010, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza Wolters Kluwer, Warszawa.
- Sułkowski, Ł., Seliga, R., Woźniak, A., 2012, *Kulturowe bariery zmian w polskich szpitalach – rezultaty badań*, w: Sułkowski, Ł., Seliga, R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Suñol R., 2000, *Avedis Donabedian*, International Journal for Quality in Health Care, 2000, vol. 12, no. 6.
- Suszyński, C., 2003, *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.
- Suszyński, C., 1999, *Restrukturyzacja przedsiębiorstw. Proces zarządzania zmianami*, PWE, Warszawa.
- Swayne, L., Duncan, W.J., Ginter, P.M., 2012, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, red naukowy wydania polskiego J.Klich, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Szafranski, D., 2003, *Prywatyzacja przedsiębiorstw państwowych*, w: Wierzbowski, M., Wyrzykowski, M. (red.), *Prawo gospodarcze. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Warszawa.

- Szarfenberg, R., 2003, *Definicje polityki społecznej*, w: Rysz-Kowalczyk, B., Szatur-Jaworska, B. (red.), *Wokół teorii polityki społecznej. Szkice i studia dedykowane Profesorowi Janowi Daneckiemu na jubileusz siedemdziesiątych piątych urodzin*, Instytut Polityki Społecznej UW, Aspra, Warszawa.
- Szarfenberg, R., 2013, *Definicje, zakres i konteksty polityki społecznej*, w: Firlit-Fesnak, G., Szyliko-Skoczny, M. (red.), *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szczeklik, A., 2009, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków
- Szomański, B., 1995, *Zastosowanie metod i technik organizatorskich przy stosowaniu TQM w przedsiębiorstwie*, w: Wawak, T. (red.), *Strategia pro jakościowa w polskich przedsiębiorstwach*, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków.
- Szubert, W., 1973, *Zaspokajanie potrzeb jako zadanie polityki społecznej*, w: *Studia z polityki społecznej*, PWE, Warszawa
- Szumlicz, T., 2004, *System zabezpieczenia społecznego w zarządzaniu zdrowiem*, w: Korpowicz, V., (red.) *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa.
- Szymczak, M., *Albert Schweitzer – lekarz – ojciec „(...) nieść chętną pomoc bliźnim (...)”*, w: Syroka, A., Rudnicki, J., Agrawal, A.K. (red.), *Relacje lekarz – pacjent w procesie medykacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2005.
- Telemedycyna w służbie pacjenta*, w: *Szpital w pigułce*, Magazyn Informacyjny Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, 2001 nr 10, s. 1–2 i 4.
- Teodoruk, K., 2002, *Rola samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia*, w: Chołuj, B. (red.), *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- The New care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, efficiency*, Prezentacja Minister Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, www.escounsult.eu, pobrano 6.02.2013 r
- Thierry, D., 1995, *Restrukturyzacja przedsiębiorstw. Adaptacja pracowników do zmian*, Poltex, Warszawa.
- Tholl W.G., D.C.Mac Naught, M.Wheeler, *Health Services Research and Policy Development w: Research and Health Policy*, za: W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Łódź – Kraków – Warszawa 1996.
- Thomas, M.J. (red.), 1998, *Podręcznik marketingu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Titmuss, R., 1970, *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, George Allen & Unwin, London.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Bajka, J., Marman, G., 1996, *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych*, Collegium Medicum UJ, Kraków.
- Tomasik, T., 1998, *Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej – doświadczenia europejskie*, Trzecia Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Tomczuk, E., 2007, *Czy istnieje prawna możliwość raportowania „błędów medycznych” w Polsce (w ujęciu de lege lata i de lege ferenda)?*, Jedenasta Ogólnopolska Konfe-

- rencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Wydawca GP przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie zdrowia, Kraków.
- Total Quality Management. Master Plan*, 1988, Department of Defense USA, Washington, August.
- Trocki, M. (red.), 2002, *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Tuohy, C., 1999, *Accidental Logics: The Dynamics of Policy Change in the United States, Britain and Canada*, Oxford University Press.
- Tymowska, K., 1999, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Tymowska, K., 2000, *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce*, Prawo i Medycyna, nr 5.
- Urban, H.J., *Perspektiven der Gesundheitspolitik im Neuen Europäischen Sozialmodell*.
- Vaskevitch, D., 1993, *Client? Server Strategies: A Survival Guide for Corporate Reengineers*, IDG Books, San Mateo, California.
- Veh W. van de, 2010, *Konkurencja regulowana – przykład holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego*, w: Więckowska B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Sprawne Państwo, Program Ernst & Young, Warszawa.
- Walczak J., 2000, *Monitorowanie jakości – wyniki pilotażu karty skanerowej wskaźników położniczo-neonatologicznych*, Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków.
- Wasilewski, L., 1998a, *Do czego służy TQM?*, Problemy Jakości, nr 3.
- Wasilewski, L., 1998b, *Podstawy zarządzania jakością*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa.
- Waśniewski, T., Miklewicz, Z., 1992, *Metody wyceny przedsiębiorstw w RFN*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa, nr 32.
- Wawak, T., 1995, *The Role of Financial Institution in Quality. Promotion in Poland*, w: Miklaszewski, E. (red.), *Competative Banking in Central and Eastern Europe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wawak, T., 1997, *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków.
- Wawak, T., 1999, *TQM a zarządzanie*, w: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – koncepcje przekrojowe*, Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Miłków, 30 maja–2 czerwca 1999, Wrocław.
- Welsh Assembly Government, 2006, *Healthcare Quality Improvement Plan*.
- White, K.L., Frenk, J., Ordonez, C., Paganini, J.M., Starfield, B., (eds.), 1992, *Health Services Research: An Anthology*, PAHO Scientific Publication, no. 534, Pan American Health Organization, Washington, DC.
- Whitfield, M., 1999, *Jakość w opiece zdrowotnej z perspektywy brytyjskich menedżerów opieki zdrowotnej*, Czwarta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, 22–23 kwiecień 1999.
- WHO, 1978, *Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000*, Executive Board of the WHO, Geneva.

- WHO, 1986, *Targets for Health for All. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for all*, Copenhagen.
- WHO, 2000, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Sept 12, 2006
- Williamson, Ch., 2008, *Alford's Theoretical political Framework and its Application to Interests in Health Care now*, British Journal of General Practice, vol. 58, nr 552.
- Witczak, H., 2008, *Natura i kształtowanie systemu zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Włodarczyk W.C., 1999, *Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrowka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie, nr 2, t. 1.
- Włodarczyk, W. C., Sitko, S., 1999, *Zarządzanie w ochronie zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządowców*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Włodarczyk, W.C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Łódź – Kraków – Warszawa.
- Włodarczyk, W.C., 1998, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Włodarczyk, W.C., 1999, *System po reformie: próba syntezy*, Zdrowie i Zarządzanie, nr 5.
- Włodarczyk, W.C., 2003, *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Włodarczyk, W.C., 2010, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Włodarczyk, W.C., Poździoch, S., 2001, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Włodarczyk, W.C., Sitko S., (red.), 1999, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków.
- Wojciechowski, E., 2003, *Zarządzanie w samorządzie terytorialnym*, Difin, Warszawa.
- Wojnicki, J., 2003, *Samorząd lokalny w Polsce i w Europie*, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanistyczna im. A.Gieysztora w Pułtusku, Pułtusk.
- Wójtowicz, J., 1983, *Bieżąca kontrola jakości obrazu w pracowni radiologicznej*, Polski Przegląd Radiologiczny, nr XLVII.
- Wolska, E., Engelgardt, P., Śliwka, K., 2002, *Ocena błędnego postępowania lekarskiego, związanego z przetaczaniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, w oparciu o wybrane przypadki z materiału Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy, Siódma Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- World Development Report 1993. Investing in Health*, The World Bank, Oxford University Press, Oxford.
- Wrońska, I., 1997, *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*, Centrum Edukacji Warszawa.
- Wroński, K., Cywiński, J., Bocian, R., Dziki, A., 2008, *Paternalizm w medycynie*, Kardiologia i Torakochirurgia Polska, nr 5 (3).
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A., Rosenberg, R., 1993, *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Zadernowski M., Zadernowska A., Obiedziński M., Zadernowski R., 2004, *Praktyczne wdrażanie systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, 2006, Opracowanie Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia pod kierownictwem E. Jazgarskiej, Warszawa, 21 marca.
- Zajac K., 1999, *Współczesna anestezjologia – od bezpieczeństwa do jakości*, Czwarta Ogólnopolska „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 22–23 kwietnia 1999, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków.
- Zalega, A., 2002, *Przekształcenia własnościowe w opiece zdrowotnej*, w: Trocki, M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Zaproszenie do udziału w projekcie WHO PATH, 2007, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Zarębska, A., 2009, *Identyfikacja tożsamości organizacyjnej w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Difin, Warszawa.
- Zarządzenie nr 20/2009/DSOZ, Prezesa NFZ z dnia 25 marca 2009 r.
- Zarządzenie nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
- Zbiegień-Maciąg, L., 1999, *Kultura w organizacji, identyfikacja kultury znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zemke-Górecka, A., 2010, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy*, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2010 nr 3–4 (32–33).
- Zimmerman, B., Lindberg, C., Plsek, P., 1998, *Edgeware: Insights from Complexity Science for Health Care Leaders*, Veterans Health Administration, Irving, TX.
- Zymonik J., 1999, *Samooocena przedsiębiorstwa w kontekście wymagań koncepcji kompleksowego zarządzania przez jakość (TQM)*, w: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – koncepcje przekrojowe*, Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Miłków 30 maja–2 czerwca 1999, Wrocław.
- Zysnarska, M., 2000, *Umiejętność motywowania pracowników podczas wdrażania nowych rozwiązań organizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej – wytyczne postępowania*, SALMED.
- Żyżyński, J., 2010, *Dylematy reformowania systemu ochrony zdrowia*, Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz.

Akty prawne i pozostałe źródła

- CBOS, 2012, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, BS/34/2012, Warszawa, www.cbos.pl [dostęp: czerwiec 2012].
- Chassin, M., O’Kane, M., 2008, *History of the Quality Improvement Movement*, www2.aap.org/sections/perinatal/pdf/1quality.pdf [dostęp: 15.01.2013].
- Chua, K.-P. 2006, *Overview of the U.S. Health Care System*, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006, February 10 http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/HealthCareSystemOverview.sflb.ashx [dostęp: 15.01.2013].
- CMJ, Centrum Monitorowania Jakości, www.cmj.org.pl, [dostęp: 23.01.2013].
- Craft, A., 2007, *Differing views on quality of life*, Archives of Disease in Childhood, vol. 92, iss. 5, s. 378, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2083718/> [dostęp: 15.01.2013].
- Decyzja nr 45/1996/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29 marca 1996 roku w sprawie programu zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska na lata 1999-2001.
- Decyzja nr 102/1996/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 grudnia 1996 roku w sprawie programu zwalczania nowotworów na lata 1996-2000.
- Decyzja nr 279/1996/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29 lipca 1996 roku w sprawie programu dotyczącego monitorowania stanu zdrowia na lata 1997-2001.
- Decyzja nr 647/1996/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29 marca 1996 roku w sprawie programu dotyczącego chorób rzadko występujących na lata 1999-2003.
- Decyzja nr 1400/1997/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 30 czerwca 1997 roku w sprawie programu promocji zdrowia na lata 1996-2000.
- Decyzja nr 1295/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29 kwietnia 1999 roku w sprawie programu zwalczania uzależnień lekowych na lata 1996-2000.
- Decyzja nr 1296/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29 kwietnia 1999 roku w sprawie programu zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych na lata 1996-2000.
- Decyzja nr 372/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 8 lutego 1999 roku w sprawie programu zapobiegania wypadkom i urazom na lata 1999-2003.
- Domosławski, Z., 2003, *W poszukiwaniu źródeł dehumanizacji medycyny*, Miesięcznik Informacyjny AM we Wrocławiu, rok IX, nr 7 (77), kwiecień www.osk.am.wroc.pl <http://www.osk.am.wroc.pl/cgi-bin/news/gazeta.cgi?nr=16&zr=77> [dostęp: 15.01.2013].
- Dziubińska-Michalewicz, M., 2000, *System ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii)*, Raport nr 168, Biuro Studiów i Ekspertyz, <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/r-168.htm> [dostęp: 15.01.2013].
- Fischer, R., Schlesinger, R., 2007, *PATH Overview of an European WHO Project* http://www.lekom.sk/files/media/1123_08._PATH_-_a_European_WHO_Project.ppt#256,1, PATH – Overview of an European WHO Project May [dostęp: 20.01.2013].
- Gottlieb, E., Doroshov, J., 2012, *Briefing Book. Medical Malpractice by the Numbers*, <http://www.csen.com/brief.pdf>, [dostęp: 15.01.2013].
- Health Systems Strengthening: An Introduction*, 2005, w: *Health System 2020*, www.healthsystem2020.org [dostęp: 15.01.2012].
- Hofbauer, I., 2006, *Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals*. Report produced for the EU funded research project Privatisation of

- Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at *Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals*. Austrian Country Report, Deliverable for the Project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), FORBA Research Report 17/2006, <http://www.forba.at/data/downloads/file/205-FB%2017-06%20PIQUE%20Health%20Austria.pdf> [dostęp: 15.01.2013].
- Honings, B., 2008, *The Charter for Health Care Workers: A Synthesis of Hippocratic Ethics and Christian Morality*, www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/dokuments [dostęp: 13.02.2013].
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999 – 2010*, 2011, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, www.mz.gov.pl [dostęp: 15.08.2012].
- Informacja z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 78, poz. 684, z 2006 roku Nr 137, poz. 971 oraz z 2007 roku Nr 158, poz. 1104) – wrzesień 2007, pobrano z www.mz.gov.pl [dostęp: 15.08.2012].
- International Index of Corporate Values 2013*, www.ecco-network.com [dostęp: 11.02.2013].
- Kelly, G., Mulgan, G., Muers, S., *Creating Public Values. An Analytical Framework for Public Service Reform*, www.strategy.gov.uk. [dostęp 16.07.2012]., .
- Kosiński, S., 1989, *Socjologia ogólna, zagadnienia podstawowe*, PWN, Warszawa.
- Kozierkiewicz, A., Misiński, W., Sośnierz, A., Teluk, T., 2006, *Raport o ochronie zdrowia w Polsce*, Instytut Globalizacji, Gliwice, www.globalizacja.org [dostęp: 20.07.2012].
- Light, D.W., 2003, *Towards a New Professionalism in Medicine: Quality, Value and Trust*, Tidsskrift for Den norske legeforening, nr 13-14, <http://tidsskriftet.no/article/843776> [dostęp: 15.01.2013].
- Malesa E., Koehne N., 2011, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 roku*, GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 4658 gospodarstw domowych liczących 13 236 osób, www.stat.gov.pl, pobrano 15.07.2012 r.
- Miłosz, C., *Wstęp*, 2009, w: Szczeklik, A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków.
- Ministerstwo Zdrowia, 2012, www.mz.gov.pl, [dostęp: 22.12.2012].
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz.Urz.MZ 10.2.24 z dnia 25 stycznia 2010 r.).
- OECD Health Data 2012, How Does Poland Compare*, StatExtracts, www.stats.oecd.org, [dostęp: 14.06.2012].
- Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, CBOS, BS/34/2012, Warszawa 2012, www.cbos.pl, pobrano czerwiec 2012 r.
- Program restrukturyzacji i pomocy publicznej oraz przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej spółki użyteczności publicznej. Program dla jednostki samorządu terytorialnego pełniącego rolę podmiotu, który utworzył zakład*, 2003, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 4 grudnia 2003 roku, www.mz.gov.pl.
- Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie rodzajów i zasad sporządzania sprawozdań w zakresie państwowego długu publicznego oraz

- poręczeń i gwarancji jednostek sektora finansów publicznych, Dz.U, 2001, nr 148, poz. 1653.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 czerwca 2006 roku w sprawie gospodarki finansowej jednostek budżetowych, zakładów budżetowych i gospodarstw pomocniczych oraz trybu postępowania przy przekształcaniu w inną formę organizacyjno – prawną (Dz. U. z 2006 r., Nr 116, poz. 783).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 października 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wysokości opłaty prowizyjnej za podejmowanie czynności związanych z udzielaniem publicznym zakładom opieki zdrowotnej pożyczek z budżetu państwa oraz wysokości wynagrodzenia za nadzorowanie wykonywania umów o pożyczkę, Dz.U. 2007, nr 209 poz. 1512.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 listopada 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wysokości opłaty prowizyjnej za podejmowanie czynności związanych z udzielaniem publicznym zakładom opieki zdrowotnej pożyczek z budżetu państwa oraz wysokości wynagrodzenia za nadzorowanie wykonywania umów o pożyczkę, Dz.U. 2008, nr 216 poz. 1374.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 marca 2002 r. w sprawie wymagań dotyczących prowadzenia procesu termicznego przekształcania odpadów, Dz.U. 2002, nr 37, poz. 339.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 4 sierpnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z olejami odpadowymi, Dz.U. 2004, nr 192, poz. 1968.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 października 2005 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami opakowaniowymi, Dz.U. 2005, nr 219, poz. 1858.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad stwierdzania posiadania kwalifikacji przez osoby zajmujące się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci, Dz.U. 2003, nr 89, poz. 828.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2003 r. w sprawie rodzajów odpadów, których zbieranie lub transport nie wymagają zezwolenia na prowadzenie działalności, Dz.U. 2004, nr 16, poz. 154.
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Dz.U. 2002, nr 75, poz. 690.
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 września 2005 r. w sprawie przygotowania lotnisk do sytuacji zagrożenia oraz lotniskowych służb ratowniczo-gaśniczych, Dz.U. 2005, nr 197, poz. 1634.
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 21 lutego 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie utworzenia ambulatoriów – publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ambulatoriów z izbą chorych – publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 2008, nr 37 poz. 204.
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. 2009, nr 222, poz. 1765.

- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz.U. 2002, nr 96, poz. 861.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 marca 2009 r. w sprawie sposobu ustalania przeciętnej liczby zatrudnionych w celu naliczania odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, Dz.U. 2009, nr 43, poz. 349.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów, Dz.U. 2009, nr 186, poz. 1444.
- Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 4 maja 2010 roku w sprawie szczegółowych zasad i trybu przyznawania nagrody rocznej osobom kierującym niektórymi podmiotami prawnymi, Dz.U. 2010, nr 88 poz. 581.
- Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia, Dz.U. 2012 poz. 26.
- Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, Dz.U. 2012 poz. 44.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 listopada 2007 roku w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego, Dz.U. 2007, nr 219 poz. 1631.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 kwietnia 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie utworzenia poradni przyzakładowych – publicznych zakładów opieki zdrowotnej i poradni przyzakładowych z izbą chorych – publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Straży Granicznej, Dz.U. 2008, nr 84 poz. 514.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 sierpnia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego, Dz.U. 2009, nr 131 poz. 1084.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 grudnia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie utworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Straży Granicznej, Dz.U. 2009, nr 222 poz. 1771.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Dz.U. 2011, nr 125 poz. 712.

- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 12 lipca 2012 roku w sprawie szczegółowych zasad i trybu przyznawania nagrody rocznej osobom kierującym niektórymi podmiotami prawnymi oraz wzoru wniosku o przyznanie nagrody rocznej, Dz.U. 2012 poz. 842.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. 2011, nr 39 poz. 203.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, Dz.U. 2012 poz. 738.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów, Dz.U. 2001, nr 112, poz. 1206.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie zakresu informacji podawanych przy rejestracji przez posiadaczy odpadów zwolnionych z obowiązku uzyskiwania zezwoleń oraz sposobu rejestracji, Dz.U. 2001, nr 152, poz. 1734.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie rodzajów odpadów lub ich ilości, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów, oraz kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą prowadzić uproszczoną ewidencję odpadów, Dz.U. 2001, nr 152, poz. 1735.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 21 marca 2006 r. w sprawie odzysku lub unieszkodliwiania odpadów poza instalacjami i urządzeniami, Dz.U. 2006, nr 49, poz. 356.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie listy odpadów, które posiadacz odpadów może przekazać osobom fizycznym lub jednostkom organizacyjnym niebędącym przedsiębiorcami, oraz dopuszczalnych metod ich odzysku, Dz.U. 2006, nr 75, poz. 527.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych, Dz.U. 2007, nr 101, poz. 686.
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów, Dz.U. 2010, nr 249, poz. 1673.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, Dz.U. 1961, nr 39, poz. 202.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 1982, nr 15, poz. 121.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego, Dz.U. 1999, nr 94, poz. 1097.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2000 r. w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 8, poz. 113).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2000 r. w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych, Dz.U. 2000, nr 69, poz. 815.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2000 r. w sprawie zasad organizacji obsługi bibliotecznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz zasad współdziałania bibliotek publicznych w wykonywaniu tej obsługi, Dz.U. 2000 , nr 91, poz. 1014.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania, Dz.U. 2001, nr 153, poz. 1782.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, Dz.U. 2001, nr 153, poz. 1783.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki, Dz.U. 2002, nr 161, poz. 1338.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki, Dz.U. 2002, nr 171, poz. 1395.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddanie odzyskowi jest zakazane, Dz.U. 2003, nr 8, poz. 103.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych, Dz.U. 2003, nr 8, poz. 104.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych, Dz.U. 2003, nr 47, poz. 405.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2003 r. w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji i preparatów chemicznych, Dz.U. 2003, nr 171, poz. 1666.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Dz.U. 2003, nr 197, poz. 1923.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, Dz.U. 2004, nr 43, poz. 408.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa, Dz.U. 2004, nr 57, poz. 553.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego, Dz.U. 2004, nr 104, poz. 1107.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”, Dz.U. 2004, nr 136, poz. 1458.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych, Dz.U. 2004, nr 247, poz. 2481.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2004 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie karty charakterystyki substancji niebezpiecznej i preparatu niebezpiecznego, Dz.U. 2005, nr 2, poz. 8.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka, Dz.U. 2005, nr 27, poz. 232.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej, Dz.U. 2005, nr 57, poz. 500.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do

- obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta, Dz.U. 2005, nr 70, poz. 636.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, Dz.U. 2005, nr 145, poz. 1219.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, Dz.U. 2005, nr 191, poz. 1607.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, Dz.U. 2005, nr 213, poz. 1779.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, Dz.U. 2006, nr 61, poz. 435.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, Dz.U. 2006, nr 180, poz. 1325.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2006 r. w sprawie wymagań fachowych i sanitarnych dla banków tkanek i komórek, Dz.U. 2006, nr 218, poz. 1598.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych, Dz.U. 2006, nr 239, poz. 1737.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, Dz.U. 2007, nr 18, poz. 113.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2007 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych, Dz.U. 2007, nr 24, poz. 161.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, Dz.U. 2007, nr 52, poz. 351.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2007, nr 55, poz. 365.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, Dz.U. 2007, nr 97, poz. 646.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, nr 160, poz. 1133.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, nr 196, poz. 1424.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, Dz.U. 2007, nr 210, poz. 1540.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, Dz.U. 2008, nr 57, poz. 347.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych, Dz.U. 2008, nr 59, poz. 365.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 roku w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, Dz.U. 2009, nr 129 poz. 1068.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U. 2008, nr 208 poz. 1312.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych, Dz.U. 2008, nr 210, poz. 1327.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, Dz.U. 2009, nr 5 poz. 32.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, Dz.U. 2009, nr 22 poz. 127.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, Dz.U. 2009, nr 22 poz. 128.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, Dz.U. 2009, nr 223 poz. 1794.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki, Dz.U. 2009, nr 39, poz. 321.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i preparatów niebezpiecznych oraz niektórych preparatów chemicznych, Dz.U. 2009, nr 53, poz. 439.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, Dz.U. 2009, nr 62 poz. 516.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej, Dz.U. 2009, nr 130, poz. 1074.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego, Dz.U. 2009, nr 139, poz. 1137.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2009, nr 139, poz. 1138.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2009, nr 139, poz. 1139.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz.U. 2009, nr 139, poz. 1142.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz.U. 2009, nr 140, poz. 1143.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U. 2009, nr 140 poz. 1147.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. 2009, nr 140, poz. 1145.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, Dz.U. 2009, nr 140, poz. 1148.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, Dz.U. 2009, nr 150, poz. 1216.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2010, nr 53 poz. 319.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, Dz.U. 2010, nr 75 poz. 487.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji, Dz.U. 2010, nr 100, poz. 645.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, Dz.U. 2010, nr 100, poz. 646.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, Dz.U. 2010, nr 108 poz. 706.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, Dz.U. 2010, nr 110 poz. 735.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych, Dz.U. 2010, nr 110, poz. 736.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, Dz.U. 2010, nr 139, poz. 940.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2011 roku, Dz.U. 2010, nr 153, poz. 1031.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, Dz.U. 2010, nr 159 poz. 1073.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką, Dz.U. 2010, nr 183, poz. 1234.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne, Dz.U. 2010, nr 191 poz. 1282.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2010 roku w sprawie wykazu szpitali i innych jednostek służby zdrowia oraz medycznych instytutów badawczych uprawnionych do korzystania ze zwolnienia od należności przywozowych, Dz.U. 2010, nr 240 poz. 1610.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. 2010, nr 252 poz. 1697.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Dz.U. 2010, nr 254, poz. 1711.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej, Dz.U. 2011, nr 48 poz. 252.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. 2011, nr 115, poz. 896.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej, Dz.U. 2012 poz. 471.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, Dz.U. 2012 poz. 594.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność

- ność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, Dz.U. 2012 poz. 605.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, Dz.U. 2012 poz. 731.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2012 poz. 1082.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył, Dz.U. 1998, nr 145, poz. 941 z późn. zm.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, Dz.U. 2011, nr 14, poz. 67.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, Dz.U. 1928, nr 38, poz. 382.
- Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000 r. w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001 – 2002, Dz.U. 2000, nr 122, poz. 1326 z późn. zm.
- Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001 roku w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001, Dz.U. 2001, nr 125, poz. 1373.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 2002 r. w sprawie odpadów promieniotwórczych i wypalonego paliwa jądrowego, Dz.U. 2002, nr 230, poz. 1925.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie wymagań dotyczących sprzętu dozymetrycznego, Dz.U. 2002, nr 239, poz. 2032.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, Dz.U. 2002, nr 5, poz. 46.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2004 r. w sprawie ochrony przed promieniowaniem jonizującym pracowników zewnętrznych narażonych podczas pracy na terenie kontrolowanym, Dz.U. 2004, nr 102, poz. 1064.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego, Dz.U. 2005, nr 20, poz. 168.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, Dz.U. 2005, nr 20, poz. 169.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 października 2005 r. w sprawie minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w formie elektronicznej, Dz.U. 2005, nr 214, poz. 1781.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego, Dz.U. 2006, nr 140, poz. 994.

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych, Dz.U. 2007, nr 131, poz. 910.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych, Dz.U. 2007, nr 131, poz. 913.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 listopada 2008 r. w sprawie ochrony fizycznej materiałów jądrowych i obiektów jądrowych, Dz.U. 2008, nr 207, poz. 1295.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, Dz.Urz. WE L 149 z 05.07.1971, s. 2 i n., z późn. zm.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin, przemieszczających się we Wspólnocie, Dz.Urz. WE L 74 z 17.03.1972, s. 1 i n., z późn. zm.
- Rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia EWG nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo, Dz.Urz. WE L 124 z 20.05.2003, s. 1 i n., z późn. zm.
- Sieben, G., 1992, *Unternehmensbewertung*, Universität zu Köln, maszynopis.
- Summary of Health Care System in the United States (updated January 2011)*, Kaiser Permanente International, <http://xnet.kp.org/kpinternational/docs/Summary%20of%20US%20Health%20Care%20System%20Jan%202011.pdf> [dostęp: 15.01.2013].
- Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U. 2000, nr 23, poz. 295 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz.U. 2000, nr 98, poz. 1071.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeks pracy, Dz.U. 1998, nr 21, poz. 94 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy, Dz.U. 1983, nr 35, poz. 163.
- Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, Dz.U. 2006, nr 97, poz. 673 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 2006, nr 122, poz. 851 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. 2008, nr 136, poz. 856 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych, Dz.U. 2001, nr 79, poz. 854 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz.U. 2010, nr 51, poz. 307 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, Dz.U. 2000, nr 54, poz. 654 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78.

Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, Dz.U. 1996, nr 70, poz. 335 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, Dz.U. 2006, nr 156, poz. 1118 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535.

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, Dz.U. 2009, nr 152, poz. 1223 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, Dz.U. 1995, nr 88, poz. 439.

Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. – Prawo energetyczne, Dz.U. 2006, nr 89, poz. 625 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997, nr 88, poz. 553.

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o bibliotekach, Dz.U. 1997, nr 85, poz. 539.

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, Dz.U. 2004, nr 125, poz. 1317 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz.U. 1997, nr 106, poz. 681.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 2010, nr 214, poz. 1407 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 2002, nr 101, poz. 926 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń zdrowotnych, Dz.U. 2009, nr 205, poz. 1585 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 19 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 2009, nr 153, poz. 1227 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. 2010, nr 77, poz. 512 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, Dz.U. 2010, nr 46, poz. 276 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, Dz.U. 2007, nr 42, poz. 276 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych, Dz.U. 2009, nr 152, poz. 1222 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska, Dz.U. 2008, nr 25, poz. 150 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach, Dz.U. 2010, nr 185, poz. 1243 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 11 maja 2001 r. o opakowania i odpadach opakowaniowych, Dz.U. 2001, nr 63, poz. 638.

Ustawa z dnia 11 maja 2001 r. o obowiązkach przedsiębiorców w zakresie gospodarowania niektórymi odpadami oraz o opłacie produktowej i opłacie depozytowej, Dz.U. 2007, nr 90, poz. 607 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, Dz.U. 2006, nr 123, poz. 858 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o ochronie baz danych, Dz.U. 2001, nr 128, poz. 1402.

Ustawa dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz.U. 2004, nr 144, poz. 1529 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2008, nr 45, poz. 271 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym, Dz.U. 2001, nr 130, poz. 1450.

Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze, Dz.U. 2006, nr 100, poz. 696 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. 2002, nr 144, poz. 1204.

Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. 2009, nr 167, poz. 1322 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, Dz.U. 2003, nr 90, poz. 844.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. 2006, nr 139, poz. 992 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych, Dz.U. 2010, nr 113, poz. 759 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008, nr 164 poz. 1027 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, Dz.U. 2005, nr 64, poz. 565.

Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych, Dz.U. 2005, nr 249, poz. 2104 .

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2005, nr 169, poz. 1411.

Ustawa z dnia 7 kwietnia 2006 r. o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji, Dz.U. 2006, nr 79, poz. 550.

Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. 2010, nr 136, poz. 914 – tekst jednolity.

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006, nr 191 poz. 1410.

Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, nr 158 poz. 1104.

Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2007, nr 166 poz. 1172.

Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz.U. 2007, nr 176 poz. 1240.

Ustawa z dnia 5 września 2007 r. o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, nr 181 poz. 1290.

Ustawa z dnia 4 września 2008 roku o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 2008, nr 192 poz. 1181.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz.U. 2009, nr 52 poz. 418.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, Dz.U. 2009, nr 52 poz. 419.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570.

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. o bateriach i akumulatorach, Dz.U. 2009, nr 79, poz. 666.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. 2009, nr 157, poz. 1240.

Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz.U. 2010, nr 107, poz. 679.

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych, Dz.U. 2010, nr 182, poz. 1228.

Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011, nr 117 poz. 678.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112 poz. 654.

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2011, nr 113 poz. 658.

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz.U. 2011, nr 174 poz. 1038.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011, nr 174 poz. 1039.

Ustawa z dnia 4 marca 2011 roku o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011, nr 73 poz. 390.

Zarządzenie nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarządzenie nr 20/2009/DSOZ, Prezesa NFZ z dnia 25 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Spis tabel

1.1. Włączenie priorytetów świadczenia usługi w system opieki zdrowotnej.....	27
1.2. Ogólne cechy systemów ochrony zdrowia stosowane w poszczególnych krajach...	36
1.3. Nowe ramy National Health Service	42
1.4. Charakterystyka systemów X i Y.....	45
1.5. Wybrane etapy reformy przygotowanej przez B. Obamę.....	48
1.6. Sposoby finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach	51
1.7. Współpłacenie za usługi medyczne w wybranych krajach do 2010 roku.....	53
1.8. Polskie uregulowania prawne na tle rozwiązań modelowych	54
1.9. Ogólna charakterystyka kierunków reform	57
1.10. Programy polityki zdrowotnej w różnych krajach europejskich do 2000 roku	63
1.11. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2000–2010 w wybranych krajach, jako % PKB.....	66
2.1. Kolejne znaczenia pojęcia zakładu opieki zdrowotnej przed ujednoczeniem ustawowym w 1991 roku	72
2.2. Ograniczenia samodzielności zakładów opieki zdrowotnej w odniesieniu do Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej.....	84
2.3. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia w Polsce.....	89
2.4. Organizacja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.....	106
2.5. Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych poprzez kontraktowanie świadczeń	108
2.6. Formy zatrudnienia kierownika zakładu opieki zdrowotnej.....	123
2.7. Zadania kierownika zakładu SPZOZ na podstawie ustaw o zakładach opieki zdrowotnej.....	125
2.8. Zadania rady społecznej na podstawie ustaw o zakładach opieki zdrowotnej i o działalności leczniczej	126
2.9. Kompetencje rady społecznej na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.....	127
3.1. Wydatki poniesione z budżetu państwa na przygotowanie reformy systemu ochrony zdrowia i restrukturyzacje w latach 1996–1998	136
3.2. Definicje restrukturyzacji w polskiej literaturze ekonomicznej.....	137
3.3. Możliwości działań w procesie restrukturyzacji firm	142
3.4. Charakterystyka rodzajów restrukturyzacji	143
3.5. Symptomy kryzysowej sytuacji zakładu – przykłady.....	145
3.6. Wydatki budżetu państwa na realizację programów restrukturyzacji w latach 1999–2003.....	156
3.7. Zadłużanie wymagalne jednostek ochrony zdrowia w latach 1997–2002.....	159
3.8. Wykaz jednostek organizacyjnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ośrodków odpowiedzialności.....	170
3.9. Działania restrukturyzacyjne podejmowane przez badane podmioty lecznicze (odsetek odpowiedzi).....	171

3.10. Zadania objęte outsourcingiem w badanych podmiotach leczniczych (odsetek odpowiedzi).....	174
3.11. Działania restrukturyzacyjne podejmowane przez podmioty lecznicze	176
3.12. Metoda zarządzania podmiotem leczniczym	177
3.13. Różnice między SPZOZ a NZOZ prowadzonym przez spółkę prawa handlowego	183
3.14. Postępowanie przy komercjalizacji SPZOZ	186
3.15. Struktura zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, stan na dzień 31.12.2010 roku	188
3.16. Struktura spółek, które powołały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999–2010	190
3.17. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w Polsce „przekształcone” w latach 1999–2010, według podmiotu tworzącego.....	190
4.1. Wybrane definicje i wymiary jakości opieki zdrowotnej.....	212
4.2. Od jakości do wartości.....	215
4.3. Różnica między standardami a wytycznymi.....	219
4.4. Porównanie wybranych aspektów oceny jakości.....	223
4.5. Wybrane rodzaje i liczba zdarzeń niepożądanych zgłoszonych w latach 2005–2008 w SPSK Nr 1 w Lublinie	237
4.6. Determinanty wyznaczające pola percepcji jakości usług	241
4.7. Hierarchia ważności kryteriów wyboru zakładu opieki zdrowotnej w świetle wskazań pacjentów	242
4.8. Międzynarodowe konferencje przygotowane przez ISQua	248
4.9. Wybrane międzynarodowe czasopisma traktujące o jakości usług medycznych ...	251
4.10. Zestaw wskaźników standardowych (obowiązkowych).....	252
4.11. Przykłady wejścia w życie uregulowań prawnych, narodowych programów akredytacyjnych	255
4.12. Okres rozpoczęcia programów akredytacji (pierwsza ankieta w wybranych krajach)	255
4.13. Grupy standardów wymagane przy procesie akredytacji	259
4.14. Grupy standardów sprawdzane w czasie poszczególnych etapów przeglądu akredytacyjnego do 2009 roku.....	260
4.15. Zestaw standardów akredytacyjnych po 2009 roku.....	261
4.16. Charakterystyka porównawcza systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000 i akredytacji podmiotów leczniczych.....	262
4.17. Liczba certyfikatów ISO 9001:2000/2008 wydanych na świecie.....	264
4.18. Zakres prac wymaganych w ramach wdrożenia w zakładzie opieki zdrowotnej Systemu Zapewnienia Jakości zgodnego z ISO 9001:2008	265
4.19. Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia opracowany w 2012 roku	274
5.1. Wieloznaczność pojęcia wartość.....	286
5.2. Poglądy przedstawicieli ekonomicznego kierunku obiektywistycznego i subiektywistycznego	286
5.3. Definicje wartości przedsiębiorstwa w polskiej literaturze przedmiotu	288
5.4. Przejście z kategorii jakości do kategorii wartości w procesie świadczenia usługi.....	288
5.5. Charakterystyka tworzenia wartości wspólnie z klientem.....	292

5.6. Różnica między mentalnością menedżerską a kliniczną	298
5.7. Nowe kompetencje profesjonalistów	298
5.8. Charakterystyka profesjonalistów medycznych i administratorów	301
5.9. Podejście do funkcji administracji publicznej	323
1A. Struktura pacjentów według wybranych cech oraz najważniejszego kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej	358
2A. Wymiary jakości świadczonych usług z perspektywy pacjenta (odsetek odpowiedzi).....	359
3A. Źródła informacji o usługach medycznych deklarowane przez pacjentów objętych badaniem (odsetek odpowiedzi).....	360
4A. Odsetek respondentów wskazujących na niewłaściwe zachowanie personelu w stosunku do pacjentów	361
5A. Zachowanie lekarza w gabinecie (odsetek odpowiedzi).....	362
6A. Schemat doboru jednostek do próby	365
7A. Ocena zgodności struktur populacji generalnej i badanej próby za pomocą testu zgodności χ^2	365
8A. Stopień zadowolenia pielęgniarek ze stosunków interpersonalnych w pracy	366
9 A. Metody oceny pracy pielęgniarek	368
10A. Czynniki motywujące pielęgniarki do pracy	370

Spis rysunków

1. Struktura ramowa pracy	9
1.1. Polityka ekonomiczno-społeczna i jej podsystemy	17
1.2. National Health System: składniki, funkcje i zależności według M.I. Roemera.....	22
2.1. Struktura organizacyjna systemu opieki zdrowotnej w Polsce istniejąca do 1991 roku	76
2.2. Struktura świadczeniodawców w polskim systemie ochrony zdrowia w latach 1982–1991.....	79
2.3. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do 2003 roku	86
2.4. System opieki zdrowotnej po 2003 roku	87
2.5. Podmioty prowadzące działalność leczniczą według Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej z 2011 roku	114
2.6. Tworzenie zakładów opieki zdrowotnej	119
2.7. Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.....	120
3.1. Obszary zmian i rodzaje restrukturyzacji przedsiębiorstw	141
3.2. Proces restrukturyzacji.....	144
3.3. Etapy i uwarunkowania skutecznej restrukturyzacji.....	147
3.4. Restrukturyzacja zatrudnienia.....	149
3.5. Cele restrukturyzacji zatrudnienia	149
3.6. Partnerzy wspierający tworzenie regionalnego programu restrukturyzacji.....	151
3.7. Restrukturyzacja finansowa	158
3.8. Proces restrukturyzacji finansowej na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku	165
3.9. Procedura restrukturyzacji w obszarze organizacji i zarządzania.....	168
3.10. Ścieżki przekształceń formy prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.....	180
3.11. Rodzaj organów w SPZOZ i w spółce handlowej	185
4.1. Sfera wypełniania się jakości synkretycznej (QS) i definiujących ją kwaliów (qu).....	207
4.2. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych	217
4.3. Uwarunkowania decyzji podejmowanych w opiece zdrowotnej nad pacjentami według zasady EMB (<i>Evidence Based Medicine</i>)	218
4.4. Pogłębione podejście do jakości	220
4.5. Model PATH	251
4.6. Przepływy finansowe w systemie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego Holandii.....	280
5.1. Model jakości usług.....	289
5.2. Przejście od jakości (Q) do wartości (V).....	294
5.3. Próba synkretycznego ujęcia jakości w usługach medycznych w ramach podmiotu leczniczego	294
5.4. Proces kreacji usługowego produktu jako dobra	295

5.5. Rola reprezentacji pacjentów	324
5.6. Rola klienta w tworzeniu wartości w podmiocie leczniczym.....	325

Spis wykresów

3.1. Liczba szpitali publicznych objętych przekształceniami własnościowymi w latach 2000–2010	189
3.2. Liczba szpitali objętych przekształceniami w Polsce w latach 2000–2010 według województw	191
4.1. Hierarchia najważniejszego kryterium wyboru zakładu opieki zdrowotnej w świetle wskazań pacjentów	243
4.2. Ocena niewłaściwych zachowań personelu medycznego w opinii pacjentów	245
4.3. Ocena zachowań lekarza w trakcie wizyty w gabinecie przez pacjenta	246
4.4. Liczba zakładów mających status jednostki akredytowanej według województw stan na 23.01.2013 roku	262
4.5. Ranking narodowych systemów zdrowia z perspektywy klienta – wyniki Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia	277

Spis załączników

1. Etapy tworzenia systemu ochrony zdrowia w Polsce	336
2. Historia koncepcji reformatorskich.....	342
3. Cechy wybranych systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej	351
4. Liczba szpitali przekształconych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999-2010 Stan na dzień 07.03.2011 rok	352
3. Cechy wybranych systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej	353
4. Liczba szpitali przekształconych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999-2010 (stan na dzień 7 marca 2011 roku)	354