

ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

NOWE WYZWANIA

pod redakcją
Marcina Kautscha



Wolters Kluwer

2. WYDANIE
ROZSZERZONE

ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

NOWE WYZWANIA

pod redakcją
Marcina Kautscha

2. WYDANIE ROZSZERZONE

Stan prawny na 1 stycznia 2015 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Ryszard Walkowiak

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne

Dagmara Wachna

Łamanie

Kamila Tomecka

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.



SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2015

ISBN: 978-83-264-3492-1

2. wydanie rozszerzone

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

mojemu Ojcu



Spis treści

Wykaz skrótów	19
Jeszcze nowsze wyzwania?	21
Wprowadzenie: dlaczego i dla kogo powstała ta książka	25

CZĘŚĆ I

ORGANIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ I UWARUNKOWANIA JEJ DZIAŁANIA

1. Organizacja i zarządzanie, Damian Makowski, Dariusz Jemielniak	33
1.1. Nauki organizacji i zarządzania jako wyodrębniona dziedzina nauk społecznych	33
1.2. Organizacja: pojęcie, cele. Rodzaje struktur organizacyjnych. Kultura organizacji	34
1.2.1. Definicja organizacji	34
1.2.2. Struktura organizacji	37
1.2.3. Zasoby i procesy	41
1.2.4. Kultura organizacji	42
1.3. Menedżer i jego role w organizacji	45
1.3.1. Funkcje zarządzania – klasyczne i współczesne	50
1.3.2. Style kierowania	51
1.4. Rys historyczny i podsumowanie	55
2. Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie, Roman Lewandowski ...	58
2.1. Wprowadzenie	58
2.2. Teoretyczne modele systemu ochrony zdrowia	59
2.3. Podstawowe rodzaje systemów ochrony zdrowia	61
2.4. Podsumowanie	66

3. Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej, Jacek Klich	68
3.1. Wprowadzenie	68
3.2. Quasi-rynkowe otoczenie podmiotów sektora ochrony zdrowia	69
3.2.1. Nierównowaga między płatnikiem i świadczeniodawcami	69
3.2.2. Nierównowaga między organem założycielskim i samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej	70
3.3. Rynkowe otoczenie podmiotów sektora ochrony zdrowia	76
3.4. Podsumowanie	78
4. Organizacje opieki zdrowotnej, Jacek Klich	79
4.1. Wprowadzenie	79
4.2. Świadczeniobiorcy	80
4.3. Świadczeniodawcy (podmioty lecznicze)	81
4.4. Płatnicy	82
4.5. Ministerstwo Zdrowia	83
4.6. Producenci i dostawcy	84
4.7. Organizacje reprezentujące świadczeniodawców i producentów	86
4.8. Organizacje i instytucje reprezentujące interesy pacjentów	86
4.9. Podsumowanie	87
5. Charakterystyka zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, Marcin Kautsch	88
5.1. Wprowadzenie	88
5.2. Zakład opieki zdrowotnej jako organizacja	89
5.3. Cechy charakterystyczne zakładów opieki zdrowotnej	96
5.4. Szpitalne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	99
5.5. Podsumowanie	104
6. Źródła finansowania zakładów opieki zdrowotnej i metody zakupu świadczeń zdrowotnych, Aleksandra Kaczor, Marcin Kautsch	107
6.1. Wprowadzenie	107
6.2. Przychody zakładu opieki zdrowotnej	109
6.3. Pozyskanie środków finansowych przez zakłady opieki zdrowotnej	110
6.4. Źródła finansowania działalności ZOZ-ów	112
6.5. Sposoby płacenia za usługi zdrowotne	113
6.6. Podsumowanie	116

CZĘŚĆ II

OKREŚLANIE POŁOŻENIA ORGANIZACJI

1. Elementy otoczenia organizacji, Jacek Klich, Marcin Kautsch	121
1.1. Otoczenie organizacji	121
1.1.1. Otoczenie dalsze	122
1.1.2. Otoczenie bliższe	127
1.2. Zastosowanie analizy otoczenia bliższego i dalszego	130
1.3. Podsumowanie	131
2. Narzędzia do określania położenia organizacji względem najważniejszych interesariuszy, Jacek Klich, Marcin Kautsch	132
2.1. SPACE	132
2.2. Analiza PEST	134
2.2.1. Etapy tworzenia analizy	135
2.2.2. Odmiany analizy PEST	138
2.3. Mapa interesariuszy	139
2.4. Metody portfelowe	140
2.4.1. Macierz BCG (Boston Consulting Group).....	141
2.4.2. Macierz McKinsey'a	142
2.5. Benchmarking	144
2.6. Analiza 5 sił Portera	146
2.7. Podsumowanie	151
3. Zarządzanie w praktyce. Analiza PEST otoczenia szpitala X, Adam Wesoły	153
4. Zarządzanie w praktyce. Ocena atrakcyjności sektora ochrony zdrowia na przykładzie NZOZ-u – analiza 5 sił Portera, Małgorzata Ćwierz	157
4.1. Wprowadzenie	157
4.2. 5 sił Portera dla centrum medycznego	157
4.2.1. Groźba wejścia nowych konkurentów na rynek	158
4.2.2. Siła przetargowa nabywców	158
4.2.3. Siła przetargowa dostawców	159
4.2.4. Intensywność rywalizacji wewnątrz sektora	160
4.2.5. Zagrożenia ze strony substytutów	161
4.3. Podsumowanie	162
5. Zarządzanie w praktyce. Wykorzystanie macierzy BCG w analizie strategicznej szpitala, Adriana Duda, Ilona Szczecina, Kamila Trąbka, Alicja Wacnik	163

5.1. Analiza portfela produktów SP ZOZ-u w Proszowicach	163
5.2. Interpretacja matrycy BCG	166
5.3. Podsumowanie	167

CZĘŚĆ III

REALIZACJA WIZJI ORGANIZACJI

1. Wizja organizacji, Jacek Klich	173
1.1. Definicja wizji	173
1.2. Budowanie wizji	176
1.3. Realizacja wizji	178
1.4. Wizja a strategia organizacji	178
1.5. Podsumowanie	179
2. Tworzenie i wdrażanie strategii organizacji, Jacek Klich, Marcin Kautsch	180
2.1. Definicja i składowe strategii	180
2.2. Rodzaje strategii	181
2.2.1. Podział strategii w oparciu o model 5 sił Portera	181
2.2.2. Podział strategii w oparciu o model SPACE	183
2.2.3. Inne rodzaje strategii	186
2.3. Analiza strategiczna	186
2.4. Budowanie strategii	187
2.5. Implementacja strategii, rola lidera	190
2.6. Podsumowanie	192
3. Zarządzanie w praktyce. Rozwój firmy medycznej, Dariusz Zowczak, Michał Meller	193
4. Zarządzanie w praktyce. Analiza rynku i konkurencji Szpitala Powiatowego w Rawiczu, Krystyna Ewa Szwedler	197
4.1. Lecznictwo szpitalne	197
4.2. Ratownictwo medyczne	198
4.3. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	199
4.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	199
4.5. Podstawowa Opieka Zdrowotna	201
4.6. Podsumowanie	201
5. Zarządzanie w praktyce. Problemy z opracowaniem strategii szpitala publicznego, Roksana Dela, Małgorzata Ściubisz	205
5.1. Otoczenie dalsze szpitala	205
5.2. Otoczenie bliższe szpitala	206
5.3. Analiza struktur wewnętrznych organizacji i jej zasobów	207
5.4. Podsumowanie	212

6. Biznesplan, Marcin Kautsch	214
6.1. Wprowadzenie	214
6.2. Elementy i sposób opracowania biznesplanu	215
6.3. Elementy biznesplanu – omówienie	219
6.4. Podsumowanie	221
7. Zarządzanie w praktyce. Otwarcie oddziału szpitalnego jako przykład biznesplanu, Urszula Chosianna, Dorota Borzestowska	222
7.1. Wprowadzenie	222
7.2. Diagnoza problemu	222
7.3. Opracowanie projektu	223
7.4. Problemy z wdrożeniem projektu	223
7.5. Podsumowanie	224
8. Zarządzanie w praktyce. Biznesplan – ujęcie finansowe, Aleksandra Kaczor, Marcin Kautsch	225
9. Podstawy marketingu usług zdrowotnych, Iga Rudawska	231
9.1. Wprowadzenie	231
9.2. Orientacja marketingowa w usługach medycznych – koncepcja i bariery wdrażania	231
9.3. Specyfika marketingu w zakładach opieki zdrowotnej	234
9.4. Kształtowanie usługi medycznej jako produktu	238
9.5. Pozycjonowanie zakładu opieki zdrowotnej na rynku usług medycznych	241
9.6. Ograniczenia stosowania ceny i promocji usług medycznych jako narzędzi marketingu	244
9.7. Podsumowanie	246
10. Zarządzanie w praktyce. Wprowadzenie nowego produktu na rynek, Barbara Prokurat	247
10.1. Optymalizacja procedury badawczej	247
10.2. Określenie grupy docelowej	248
10.3. Sporządzenie oferty współpracy dla partnerów oraz określenie ceny detalicznej usługi	248
10.4. Ustalenie kanałów dystrybucji usługi	248
10.5. Określenie sposobów promocji usługi	248
11. Zarządzanie w praktyce. Strategia zwiększenia liczby skierowań do Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce, Kinga Augustin-Gutkowska, Anna Radomska-Wilczewska	250

CZĘŚĆ IV

ZASOBY ORGANIZACJI

1. Podstawy zarządzania finansami, Aleksandra Kaczor	257
1.1. Wprowadzenie	257
1.2. Budżetowanie	257
1.3. Rachunkowość	264
1.4. Rachunek kosztów i rachunek wyników	266
1.5. Podsumowanie	274
2. Zarządzanie w praktyce. Budżetowanie szpitala powiatowego, Janusz Baczewski, Marek Haber	276
2.1. Diagnoza problemu i początki procesu	276
2.2. Realizacja	277
2.3. Zalety i wady systemu budżetowania	278
3. Zarządzanie w praktyce. Budżetowanie ogólnopolskiej firmy diagnostycznej, Wacław Dziurzyński	281
3.1. Wprowadzenie	281
3.2. Podstawowe założenia procesu budżetowania przyjęte przez spółkę	281
3.3. Elementy systemu budżetowania	282
3.4. Problemy wdrożeniowe i ich rozwiązanie	283
3.5. Podsumowanie – efekty wdrożenia systemu	283
4. Zarządzanie zasobami ludzkimi, Violetta Kijowska	285
4.1. Wprowadzenie	285
4.2. Zasoby ludzkie w placówkach leczniczych	287
4.2.1. Planowanie potrzeb kadrowych	287
4.2.2. Dobór personelu	289
4.2.3. Podsumowanie	302
4.3. System okresowych ocen pracowników	302
4.3.1. Elementy składowe systemu ocen pracowniczych	303
4.3.2. System ocen pracowniczych w placówkach leczniczych w Polsce w świetle badań	308
4.3.3. Podsumowanie	309
4.4. Systemy wynagradzania pracowników	310
4.4.1. Wynagrodzenie za wykonaną pracę – zasady, funkcje i trendy w ochronie zdrowia	310
4.4.2. Kształtowanie wynagrodzeń	311
4.4.3. Nowa płaca – system wynagrodzeń a strategia organizacji	312

4.4.4. Motywacyjna rola wynagrodzenia	313
4.4.5. Cechy systemów wynagradzania	315
4.4.6. Podsumowanie	316
4.5. Negocjacje	317
4.5.1. Negocjacje a konflikty	317
4.5.2. Style negocjacji	318
4.5.3. Strategie negocjacji	319
4.5.4. Taktyki i techniki negocjacyjne	320
4.5.5. Warunki skutecznych negocjacji, błędy w procesie negocjowania	323
4.5.6. Podsumowanie	325
4.6. Zakończenie	326
5. Zarządzanie w praktyce. Standaryzacja i motywacja jako narzędzia poprawy jakości i efektywności pracy, Urszula Przybył, Magdalena Papazjan	328
6. Zarządzanie w praktyce. Łamiąc zdroworozsądkowe reguły zarządzania. Czy w tym szaleństwie jest metoda?, Agaton Jankowski	331
7. Urządzenia i aparatura medyczna, Witold Ponikło	338
7.1. Wprowadzenie	338
7.2. Obowiązki użytkowników wyrobów medycznych	339
7.3. Klasyfikacja aparatury medycznej	341
7.4. Koszty zakupu i użytkowania aparatury medycznej	343
7.4.1. Grupa I – koszt zakupu	343
7.4.2. Grupa II – koszt eksploatacji	344
7.5. Cykl życia i odtwarzanie zasobów aparaturowych instytucji ochrony zdrowia	346
7.6. Podsumowanie	350
8. Nieruchomości i infrastruktura techniczna instytucji ochrony zdrowia, Witold Ponikło	352
8.1. Wprowadzenie	352
8.2. Budynki	353
8.3. Sieci zasilające	359
8.4. Instalacje	361
8.5. Podsumowanie	364
9. Outsourcing jako alternatywa dla klasycznego podejścia do zarządzania zasobami organizacji, Jacek Klich	366
9.1. Istota outsourcingu	366

9.2. Cele outsourcingu	368
9.3. Doświadczenia międzynarodowe z outsourcingiem w ochronie zdrowia	369
9.4. Outsourcing w polskim systemie ochrony zdrowia i warunki jego efektywnego stosowania	370
9.5. Podsumowanie	372
10. Zarządzanie w praktyce. Korzyści z outsourcingu usług laboratoryjnych, Dariusz Zowczak, Michał Meller	373

CZĘŚĆ V

WYMIARY EFEKTYWNOŚCI ZARZĄDZANIA

1. Narzędzia zarządzania i poprawy efektywności funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia, Marcin Kautsch	379
2. Zarządzanie w praktyce. Planowanie zapotrzebowania na usługi medyczne i możliwości redukcji kosztów świadczeń medycznych, Malcolm Whitfield	383
3. Zarządzanie w praktyce. Kurs przywódców dla średniej kadry zarządzającej ZOZ-u Sucha Beskidzka, Marek Haber, Dariusz Poznański, Marcin Kautsch	386
3.1. Wprowadzenie	386
3.2. Opis projektu	387
3.3. Podsumowanie – efekty podjętych działań, czynniki sukcesu	387
4. Zarządzanie w praktyce. Zrównoważona Karta Wyników jako narzędzie zarządcze, Roman Lewandowski	389
5. Zarządzanie w praktyce. Poprawa efektywności funkcjonowania rejestracji, Urszula Lasa	392
6. Zarządzanie w praktyce. Procedura postępowania w zabiegach pielęgnacyjnych zmiany opatrunku w ambulatorium Centrum Medycznego Damiana, Anna Dudzińska	395
7. Zarządzanie w praktyce. Analiza efektywności sprzedaży jako element przygotowania zamówień i oceny potencjału apteki, Katarzyna Gawolik	398
8. Zarządzanie w praktyce. Ocena zmienności kosztów leczenia szpitalnego, Małgorzata Cygańska	401

9. Zarządzanie w praktyce. Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w chorobach gruczołu piersiowego jako przykład zarządzania projektem, Henryka Nagórzańska	405
10. Zarządzanie w praktyce. Grupa zakupowa w jednostkach ochrony zdrowia województwa warmińsko-mazurskiego, Irena Kierzkowska, Stanisława Masłowska	408
10.1. Proces tworzenia grupy zakupowej	409
10.2. Wspólne postępowania	410
10.3. Podsumowanie	411
11. Zarządzanie w praktyce. Innowacyjne zamówienie publiczne w ZOZ-ie Sucha Beskidzka, Mateusz Lichoń	413
11.1. Przygotowania do innowacyjnego zamówienia	414
11.2. Identyfikowanie potrzeby ZOZ-u Sucha Beskidzka	414
11.3. Komunikacja z rynkiem	415
11.4. Dialog techniczny	416
11.5. Dalsze działania i plany	417
11.6. Podsumowanie	417
12. Zarządzanie w praktyce. Zastosowanie systemu RFID/RTLS w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie do identyfikacji składników majątku, Kazimierz Cięciak	419

CZĘŚĆ VI

JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

1. Jakość i zarządzanie jakością, Rafał Staszewski, Marcin Kautsch	427
1.1. Wprowadzenie	427
1.2. Kształtowanie się pojęcia jakości w usługach medycznych	427
1.3. W kierunku TQM	430
1.4. Kultura organizacji – kultura jakości	434
1.5. Bezpieczeństwo pacjenta – kluczowy wymiar jakości usług medycznych	435
1.6. Ocena i pomiar jakości w opiece zdrowotnej	440
1.7. Przywództwo na rzecz jakości	447
1.8. Podsumowanie	449
2. Narzędzia poprawy jakości, Rafał Staszewski, Marcin Kautsch	452
2.1. Wprowadzenie	452
2.2. Narzędzia oparte na danych ilościowych	452
2.2.1. Burza mózgów	452

2.2.2. Schemat blokowy	453
2.2.3. Diagram Ishikawy (przyczynowo-skutkowy)	454
2.3. Narzędzia oparte na danych liczbowych	457
2.3.1. Lista kontrolna	457
2.3.2. Analiza Pareto	457
2.3.3. FMEA	460
2.3.4. Histogram	465
2.4. Podsumowanie	465
3. Zarządzanie w praktyce. Przewodnik po szpitalu jako przykład działań na rzecz jakości postrzeganej, Rafał Staszewski, Marcin Kautch	467
4. Zarządzanie w praktyce. Karta opisu zabiegu jako kliniczny element wdrażanego systemu zarządzania jakością ISO 9001, Anna Potasińska-Sobkowska	470
5. Jakość certyfikowana, Roman Lewandowski	474
5.1. Wprowadzenie	474
5.2. Historia standaryzacji jakości w ochronie zdrowia	475
5.3. Systemy zarządzania jakością – rodzina norm ISO 9000	477
5.4. Zarys wymagań, jakie musi spełniać system zarządzania jakością, aby był zgodny z normą ISO 9001:2009	481
5.5. Etapy wdrożenia i certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z normami serii ISO 9000	486
5.6. Program Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	487
5.7. Procedura przyznawania akredytacji	489
5.8. Inne systemy zewnętrznej oceny i certyfikacji stosowane w organizacjach ochrony zdrowia	491
5.9. Porównanie systemu zarządzania jakością opartego o rodzinę norm ISO 9000 i Program Akredytacji Szpitali CMJ	492
5.10. Podsumowanie	494
6. Zarządzanie w praktyce. Certyfikaty Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce, Roman Lewandowski	496
7. Zarządzanie w praktyce. Procesowy model zarządzania jakością oraz monitorowanie procesów w Samodzielnym Publicznym Ośrodku Terapii i Rehabilitacji dla Dzieci w Kwidzynie, Barbara Gregorczyk, Magdalena Grycman	500

CZĘŚĆ VII

PERSPEKTYWY

1. Zmiany na rynku świadczeniodawców i świadczeń zdrowotnych w Polsce, Marcin Kautsch	509
1.1. Wprowadzenie	509
1.2. Lecznictwo stacjonarne	511
1.3. Lecznictwo ambulatoryjne	520
1.4. Inne sektory, wzrost wielkości zakładów opieki zdrowotnej	522
1.5. Budżet publicznego płatnika	526
1.6. Podsumowanie	532
2. Zarządzanie w praktyce. Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę – Szpital Powiatowy w Rawiczu, Janusz Ałachowicz	533
3. Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej, Marcin Kautsch	536
3.1. Tło przekształceń restrukturyzacyjnych	536
3.2. Definiowanie restrukturyzacji	538
3.3. Restrukturyzacja w ochronie zdrowia w Polsce	539
3.4. Proces restrukturyzacji	540
3.5. Wybrane techniki wsparcia/narzędzia procesu restrukturyzacji	542
3.6. Podsumowanie	546
4. Zarządzanie w praktyce. Restrukturyzacja szpitala, Marcin Kautsch, Witold Ponikło, Marek Haber	548
5. Wyzwania i przyszłe zmiany: co czeka system ochrony zdrowia, Marcin Kautsch	551
5.1. Wprowadzenie	551
5.2. Wyzwania stałe i bieżące	552
5.3. Wyzwania systemowe (ochrona zdrowia)	554
5.4. Wybrane wyzwania technologiczne	563
5.5. Polski system opieki zdrowotnej w dobie globalizacji	567
5.6. Podsumowanie	571
Bibliografia	573
Akty prawne	585

Wykaz skrótów

AC	-	Assessment Center
AOS	-	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CMJ	-	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
Dz. U.	-	Dziennik Ustaw
HACCP	-	system zapewnienia bezpieczeństwa żywności
GUS	-	Główny Urząd Statystyczny
Konstytucja RP	-	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
MZ	-	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	-	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	-	Najwyższa Izba Kontroli
NZOZ	-	niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
OECD	-	Organization for Economic Cooperation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
PFRON	-	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB	-	produkt krajowy brutto
poz	-	podstawowa opieka zdrowotna
Sanepid	-	Państwowa Inspekcja Sanitarna
SP ZOZ	-	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SZJ	-	system zarządzania jakością
UE	-	Unia Europejska
u.d.l.	-	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
ustawa o ZOZ	-	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
u.ś.o.z.	-	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
WHO	-	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WSS	-	wojewódzki szpital specjalistyczny
ZOZ	-	zakład opieki zdrowotnej
ZZL	-	zarządzanie zasobami ludzkimi

Jeszcze nowsze wyzwania?

Drogi Czytelniku!

Od pierwszego wydania tej książki minęły cztery lata, a od opracowania jej tekstu trochę więcej. W tym czasie wiele się zmieniło w polskiej ochronie zdrowia. Wspominany w poprzednim wydaniu rosnący udział sił rynkowych stał się jeszcze bardziej widoczny. Mamy coraz więcej większych niepublicznych, a nawet po prostu prywatnych dostawców usług. Wzrost liczby podmiotów starających się o kontrakt z publicznym płatnikiem jest tak duży, że nawet szybko rosnący tort publicznych pieniędzy nie był w stanie spełnić oczekiwań tych podmiotów. W roku 2008 (ostatni rok, dla którego dostępne były dane w trakcie przygotowywania pierwszego wydania) było w Polsce 15 568 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 11 725 niepublicznych¹, czyli 75% wszystkich. W grudniu 2014 r. liczby te wynosiły odpowiednio 19 310 i 17 052², co oznacza niemalże 20% wzrostu liczby jednostek, jednostki niepubliczne to już 88% wszystkich jednostek.

Należy także zauważyć, że spowolnienie gospodarcze, z jakim mieliśmy do czynienia w ostatnich latach, sprawiło, że ów wspomniany przyrost tortu nie jest tak duży jak przed globalnym kryzysem. Oznacza to, że – przy większej liczbie chętnych – marże, jakie mogą uzyskiwać wspomniani dostawcy, są coraz niższe. Niższe marże to nic innego jak coraz większe kłopoty jednostek, którym trudniej będzie generować zysk, inwestować i rozwijać się, a czasami po prostu wiązać koniec z końcem. Większa liczba aktorów w systemie oznacza także zwiększenie poziomu komplikacji relacji zachodzących między nimi. Więcej czasu zajmuje zrozumienie tych relacji, nadążanie za zmianami. I tego czasu zaczyna coraz bardziej brakować.

Sukces na coraz bardziej konkurencyjnym rynku odniosą ci, którzy znajdą sposób na funkcjonowanie w tych coraz mniej przyjaznych warunkach, będą w stanie eliminować straty i ograniczać koszty, wprowadzając nowe rozwiązania zarządcze i technologie, łącząc się w grupy, wzmacniając siebie jako organizacje. Do wzmiankowanego pogorszenia się warunków funkcjonowania dołożyć należy zmieniające się warunki prawne (wśród których za najistotniejsze trzeba uznać wejście w życie ustawy o działalności leczniczej³), wspomniane globalne

¹ Dane za: Główny Urząd Statystyczny, *Mały rocznik statystyczny Polski 2009*, Warszawa.

² Dane za: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> (dostęp: 27 grudnia 2014 r.).

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.).

problemy gospodarcze, a także zmiany demograficzne i czynniki technologiczne, o czym była już mowa w poprzednim wydaniu niniejszej książki. Z pewnością systemowi nie pomaga sposób, w jaki Narodowy Fundusz Zdrowia kupuje usługi medyczne. Jakkolwiek byśmy nie chcieli nazywać stosowanych metod, sprowadzają się one do tego, że im więcej procedur jest wykonywanych, tym większe są (powinny być, bo wprowadzono limity) zarobki dostawcy usług. Nie opłaca się robić dobrze, opłaca się robić dużo. To zasadniczy błąd publicznego płatnika, błąd, który powoduje całą masę perturbacji i problemów w systemie. Jest to też jedna z głównych przyczyn powstawania coraz szybciej rosnących kolejek. O kolejkach warto pamiętać, bo będziemy (jak pozostałe kraje) musieli znajdować coraz więcej pieniędzy na coraz starszą i coraz bardziej schorowaną populację, przy malejącej liczbie osób wypracowujących dochód oraz tych, które będą w stanie wykonywać usługi zdrowotne (w związku ze starzeniem się personelu medycznego).

Powyższe zjawiska sprawiają, że powinno zwiększyć się zapotrzebowanie na dobre praktyki zarządcze. Ograniczoność środków w systemie spowoduje bowiem, że konieczne stanie się podejmowanie rzeczywistych działań naprawczych, opartych na racjonalnych przesłankach, a nie na polityce, i to czasami przez bardzo, bardzo małe „p”.

Wychodząc naprzeciw wspomnianym zjawiskom, zmieniliśmy drugie wydanie książki i wzbogaciliśmy je o wiele elementów. Zmieniono kolejność kilku rozdziałów, co powinno sprawić, że treści do siebie zbliżone leżą bliżej siebie. Dokonano także zmian w ostatniej części książki opisującej wyzwania, przed którymi stoi system ochrony zdrowia w Polsce. Nie są to przy tym jakieś „jeszcze nowsze wyzwania”, żeby nawiązać do tytułu książki, nie mamy bowiem ambicji, by robić sequele kasowych filmów. Odnoszę jednak wrażenie, że wyzwania te i problemy stały się bardziej widoczne. Czytelnik znajdzie też w drugim wydaniu znacznie więcej różnych przykładów pokazujących jak prezentowane treści przekładają się na codzienne problemy zarządcze i jakie są możliwości ich rozwiązania, w stosunku do poprzedniego wydania znacznie bowiem wzrosła liczba studiów przypadków. Ze względu na logikę wyводу bardziej szczegółowe omówienie struktury książki zamieszczono we „Wprowadzeniu”.

Jednocześnie należy odnotować, że zagadnienia opisane w niniejszej książce dotyczą tylko zarządzania organizacjami. Dużo lepsze rezultaty można by osiągnąć, sięgając głębiej – do zarządzania chorobami/przypadkami chorobowymi. Tam bowiem kryją się prawdziwe oszczędności. Ochrona zdrowia zajmuje się zdrowiem/chorobami, a organizacje (np. szpitale, przychodnie) stanowią narzędzia, by o to zdrowie dbać. Jeżeli więc udało by się włączyć klinicystów do procesu zarządzania i standaryzacji procesów leczenia, efekty byłyby znacznie lepsze. W końcu to część kliniczna organizacji ochrony zdrowia jest największa i najważniejsza. Wydaje się jednak, że na taką rewolucję system (przede wszystkim korporacje zawodowe) nie jest gotowy. Ale taka zmiana nadejdzie. Mam nadzieję, że zjawiska opisane w części VII wymuszą zmiany, które są niezbędne – i to im szybciej, tym lepiej. Należy pamiętać, że wprowadzanie zmian organizacyjnych/systemowych (w czasach intensywnych zmian otoczenia) jest warunkiem przetrwania. Dlatego też otwartość na zmiany musi być większa. Gdybyśmy nie zmieniali siebie i naszego podejścia do rzeczywistości, to zarządzanie w opiece zdrowotnej można by

było w zasadzie sprowadzić do nauki reakcji na atak niedźwiedzia jaskiniowego, z którym kiedyś walczyliśmy o schronienie właśnie w jaskiniach – bo z tych jaskiń byśmy dotąd nie wyszli.

Po ukazaniu się pierwszego wydania książki weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej⁴. W obecnie obowiązującej ustawie wprowadzono – moim zdaniem – bardzo dziwną i sztuczną nomenklaturę. W uproszczeniu – zamieniono zakłady opieki zdrowotnej na podmioty prowadzące działalność leczniczą. Uważam, że jest to zabawa słowami, a nie racjonalna zmiana. Dlatego w niniejszej książce w większości pozostano przy określeniu „zakład opieki zdrowotnej”. W niektórych przypadkach konieczne było użycie pojęcia „podmiot leczniczy”.

Inna istotna zmiana w ochronie zdrowia dotyczy rosnącej liczby kobiet na stanowiskach kierowniczych. Wśród dyrektorów szpitali w roku 2012 było już 42% kobiet⁵, a obecnie jest ich pewnie więcej. Nie powinno to dziwić, biorąc pod uwagę, że kobiety stanowią ponad 80% zatrudnionych w dziale „opieka zdrowotna i pomoc społeczna”⁶. Ciesząc się, że kobiety są w stanie przebić się przez szklany sufit i przejmować coraz bardziej odpowiedzialne stanowiska, powinniśmy zapewne uznać tę zmianę, stosując takie określenia, jak kierownik/kierowniczka, ordynator/ordynatorka itp. Wydaje się jednak, że wprowadziłoby to sporo zamieszania w tekście i zmniejszyło jego dynamikę. Dlatego też w tym miejscu chylę czoła przed kobietami, które robią karierę i zajmują należne sobie miejsca w strukturach organizacji, licząc, że panie wybaczą mi, gdy będziemy dalej pisać o „kierownikach” i „liderach”, by tekst był bardziej czytelny.

Jak wspomniano we „Wprowadzeniu”, książka ta była pisana z myślą o osobach, które na co dzień zmuszone są rozwiązywać problemy, jakie są udziałem sektora ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że wprowadzone zmiany pozwolą Czytelnikowi lepiej zrozumieć rzeczywistość, w której funkcjonuje, a przez to lepiej radzić sobie z tą rzeczywistością. Nie oznacza to, Czytelniku, że znajdziesz tutaj gotowe recepty na każdy problem, z jakim możesz się spotkać. Mam jednak nadzieję, że przedstawione tutaj treści zainspirują Cię do poszukiwania własnych rozwiązań. Głęboko wierzę bowiem, że ludziom w kłopotach potrzebna jest wędka, a nie ryba.

Marcin Kautsch

Dobczyce-Kraków, luty-sierpień 2014

⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

⁵ M. Kautsch, S. Sobieralska, *Kto zarządza polskimi szpitalami?*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2013, t. XIV, z. 10, cz. I, s. 229–240.

⁶ Główny Urząd Statystyczny, *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, Warszawa 2012, s. 6.

Wprowadzenie: dlaczego i dla kogo powstała ta książka

Pierwsze wydanie książki, które oddaliśmy w ręce Czytelników, było owocem pracy wielu osób. Książka powstała z przekonania, że zmieniające się czasy wymagają nowego podejścia do zarządzania w opiece zdrowotnej. Praca nad pierwszym wydaniem zbiegła się z dwiema rocznicami – dwudziestą demokratycznych przemian w Europie oraz dziesiątą wejścia w Polskę w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, określanej często mianem „reformy”¹. Obecnie macie Państwo przed sobą wydanie drugie. O ile można zaryzykować tezę, że w latach 90. XX w. niewiele się działo, to w pierwszej dekadzie XXI w. zmiany, jakie miały miejsce w systemie ochrony zdrowia, nabrały dużej dynamiki, która ostatnio jeszcze się zwiększyła, co m.in. było impulsem do opracowania drugiego wydania.

Zmienia się otoczenie systemu i sam system. Coraz większą rolę odgrywają w nim rozwiązania rynkowe. Pojawiło się wiele nowych podmiotów pełniących nowe role, zwiększa się liczba zakładów opieki zdrowotnej, których – jak wspomniano – obecnie jest już kilkanaście tysięcy, liczba praktyk (lekarskich, pielęgniarskich) idzie w dziesiątki tysięcy.

Skala funkcjonujących w systemie rozwiązań rynkowych, których egzemplifikacją są rosnący udział środków prywatnych w finansowaniu usług (zjawisko dotyczące większości nowych członków UE) czy rosnące oczekiwania płacowe, zaczyna przybierać niepokojące rozmiary. Szczególnie to ostatnie zjawisko jest niebezpieczne z punktu widzenia możliwości tworzenia silnych organizacji, potrafiących poradzić sobie z wyzwaniem otoczenia. Walka o mikrointeresy niszczy organizacje od środka. Jeżeli nie znajdziemy sposobów (ważną rolę powinno odegrać tu państwo jako regulator), by pogodzić różne grupy interesów, to system i organizacje go tworzące czekają ciężkie czasy. Być może takie silne prorynkowe nastawienie jest swoistym efektem wahadła. Przez wiele lat w opiece zdrowotnej było za mało rynku, teraz zaczyna go być za dużo. Pozostaje tylko mieć nadzieję, że kiedyś znajdziemy złoty środek i doczekamy się odrzucenia rozwiązań skrajnych (czysty rynek czy pełne upolitycznienie systemu).

Złe odbieram widoczne na forach publicznych wprowadzanie sztucznego podziału na praktyków i naukowców (praktykę i teorię). Nauka nie istnieje sama dla siebie, lecz ma dostarczać osobom zmagającym się z rzeczywistością narzędzi, za pomocą których możliwe stanie się rozwiązanie problemów dotyczących nas

¹ Była ona *de facto* zmianą ilościową, gdyż jej podstawowe mechanizmy – oddzielenie płatnika od dostawcy usług oraz kontraktowanie usług – były obecne w systemie ochrony zdrowia od połowy lat 90. XX w.

wszystkich. W związku z tym w niniejszej książce bardzo silny nacisk położyłem nie na prezentowanie pojęć (jak coś się nazywa i jak jest ważne), ale efektów (jak to działa i w jaki sposób rozwiązać problemy) – zachęcałem do tego również pozostałych autorów. Innymi słowy, starałem się, by książka nie epatowała Czytelników teoriami, ale pokazywała, jak działa system/organizacja (i dlaczego tak się dzieje) oraz przedstawiała możliwości zastosowania różnego typu teorii (lub lepiej: sposobów myślenia) w działalności zakładów opieki zdrowotnej. Wychodziłem bowiem z założenia, że książka ma uczyć i pomagać tym, którzy po nią sięgają. Żeby móc zrealizować to zadanie, zaprosiłem do współpracy szerokie grono osób – teoretyków i praktyków, których łączy to, że mają coś ważnego do powiedzenia, chcą podzielić się swoim doświadczeniem albo opowiedzieć o tym, czego nie udało im się zrobić – w tym ostatnim przypadku warto sprawdzić, dlaczego tak się stało. Dlatego też niniejsza książka różni się od innych tego typu pozycji. Wyrasta z doświadczeń różnych osób, nie odtwarza klasycznego ujęcia zarządzania z podziałem na funkcje (planowanie/ wyznaczanie celów, organizowanie, motywowanie/przewodzenie, kontrola), choć nawiązuje do nich. Układ treści książki został omówiony poniżej.

Inną kwestią, która moim zdaniem wymaga komentarza, jest przeciwstawianie personelu klinicznego personelowi zarządzaczemu (administracji). Między tymi grupami tworzy się, czy raczej wyolbrzymia, konflikt, którego można uniknąć poprzez uznanie, że tak naprawdę mówimy o takich samych profesjach. Menedżerowie to też lekarze, tyle że ich pacjentami nie są żywi ludzie, ale żywe organizacje. Muszą więc je zdiagnozować, zaplanować terapię, a następnie ją zastosować. A gdy taki pacjent (organizacja) poczuje się dobrze, powinni zadbać, by ten stan utrzymał się jak najdłużej, a pacjent rozwijał się i rozkwitał. Powtórzmy – inny rodzaj pacjenta, ale praca (przy uznaniu wszystkich różnic między tymi profesjami) ta sama.

Wychodząc z powyższego założenia, podzieliłem książkę na siedem części, w sposób, który (mam nadzieję) pozwoli na odtworzenie procesu diagnozowania i leczenia organizacji ochrony zdrowia. Części te zostały nieco zmienione w stosunku do pierwszego wydania i uzupełnione o nowe treści.

W pierwszej części omówione zostały zagadnienia dotyczące podstaw organizacji ochrony zdrowia i uwarunkowań jej działania. Ma ona pokazać, czym są organizacje, jaką mają strukturę i jakie zadania stoją przed zatrudnionymi w nich menedżerami (opisujemy więc przedmiot zainteresowania niniejszej pozycji: organizacje). Część ta ma też za zadanie zarysować kontekst, w jakim funkcjonują wspomniane organizacje (przede wszystkim zakłady opieki zdrowotnej). Opisano w niej systemy ochrony zdrowia, instytucje funkcjonujące w ich ramach, scharakteryzowano zakłady opieki zdrowotnej i źródła ich finansowania oraz metody zakupu usług zdrowotnych. Wskazano także na rynkowe i nierynkowe uwarunkowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (mamy więc przedmiot i opis obszaru, w którym ten przedmiot działa).

Część druga poświęcona jest próbom ustalenia miejsca organizacji w otoczeniu, co z kolei pozwala na wyznaczenie i realizację celów (wizji) organizacji. Te zadania zostały przedstawione w części trzeciej, w której opisano podstawowe zjawiska i narzędzia o wymiarze strategicznym – tworzenie strategii, jej wdrożenie, planowanie przedsięwzięć, kontakt z otoczeniem przy zastosowaniu narzędzi

marketingowych (przedmiot naszych zainteresowań diagnozuje sytuację: ustala, jakie działania są możliwe do podjęcia i pożądane oraz stara się znaleźć sposób, by móc zrealizować wyznaczone cele – znaleźć receptę na dolegliwości, które go dotyczą).

Silnie rozbudowana część czwarta poświęcona jest zasobom organizacyjnym w ich podstawowych wymiarach, do jakich należy zaliczyć: ludzi, finanse i technologie (za pomocą tych zasobów organizacja jest w stanie wdrażać przyjęte wcześniej strategie).

Część piątą (odbiegając nieco od pozostałych) oparto na różnego typu przykładach przedsięwzięć, planów i narzędzi zarządczych, jakie zostały zastosowane w organizacjach ochrony zdrowia. Część ta opisuje różne wymiary efektywności zarządzania. Podobne teksty umieszczono jako ilustrację zarządzania w praktyce w całej książce, w tym przypadku chciano jednak pokazać różnorodność narzędzi odnoszących się zarówno do obszarów poruszonych w niniejszej publikacji, jak i wykraczających poza nią. Liczę, że pozwoli to Czytelnikowi lepiej dostrzec wzmiątkowaną różnorodność, a przez to skłoni go do samodzielnego poszukiwania rozwiązań problemów, które nie zostały omówione w książce (organizacje stosują różnorodne narzędzia rozwiązywania problemów zarządczych różnej skali).

W związku ze znaczeniem jakości i bezpieczeństwa w działaniach wszystkich sektorów, które w przypadku ochrony zdrowia mają – dosłownie – życiowe znaczenie, część szóstą poświęcono tej właśnie tematyce. Pokazano tutaj nastawienie do klientów, a także do posiadanych zasobów. Opisano ewolucję podejścia do kwestii jakości, narzędzia jej poprawy oraz możliwości certyfikacji systemów jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

W części siódmej przedstawiono kwestie zmian ilościowych (liczba zakładów, liczba świadczeń), jakie w ostatnich latach zachodziły w polskim systemie ochrony zdrowia oraz problemy dotyczące restrukturyzacji organizacji działających w tym sektorze (problem dopasowania posiadanych zasobów do warunków otoczenia). Pokazano także zmiany i wyzwania, przed którymi stają i stawać będą menedżerowie ochrony zdrowia (wskazano zatem na występujące i rodzące się procesy, które determinować będą funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w przyszłości).

W zasadzie każdy z rozdziałów składających się na wymienione powyżej części mógłby stanowić materiał na osobną książkę. Siłą rzeczy niemożliwe było więc szczegółowe odniesienie się do wszystkich zagadnień poruszanych w niniejszym opracowaniu, inne podejście powodowałoby, że konieczne stałoby się rozbudowanie go do kilku tomów.

Książka skonstruowana jest w ten sposób, że każdy z rozdziałów stanowi odrębną całość. Można czytać je osobno, a mimo to Czytelnik nie powinien mieć problemów ze zrozumieniem treści. Pojawiają się oczywiście także odwołania do innych rozdziałów, ale nie powinno to utrudnić zrozumienia prowadzonego wywodu. W związku z obraniem takiego podejścia nie sposób było uniknąć pewnych drobnych powtórzeń, które zostały celowo zostawione, by Czytelnik nie musiał szukać wyjaśnień w innych częściach książki.

Tam, gdzie to tylko było możliwe, przedstawiane treści ilustrowane są przykładami w postaci wyróżnionych w tekście fragmentów lub też osobnych podrozdziałów (studiów przypadku), opisujących rozwiązania stosowane w praktyce. Przykłady te są bardzo różne – Czytelnik znajdzie odwołania do doświadczeń

międzynarodowych i polskich, do publicznych i niepublicznych zakładów, organizacji zajmujących się świadczeniem usług zdrowotnych i obrotem lekami, do problemów dotyczących całych regionów i pojedynczych organizacji. Jak wspomniałem, autorzy opisanych rozwiązań są różni, w związku z czym odmiennie podchodzili do problemów, które przed nimi stały, np. przykładając większą wagę do realizacji celów lub wykazując się większą troską o ludzi, co zależało od sytuacji, której dotyczył analizowany projekt czy problem. W moim przekonaniu różnorodność ta stanowi o sile tej książki. W końcu problemy są różne, a jak wyglądałby świat, gdybyśmy wszyscy byli tacy sami i robili to samo w ten sam sposób?

Z różnych powodów nie wszystkie opisane rozwiązania zostały zrealizowane. Czasami zabrakło determinacji, by wprowadzić projekt w życie. Czasami nie udało się do końca przewidzieć wszystkich niesprzyjających okoliczności, nie było możliwości ich eliminacji czy choćby minimalizacji. Uważam jednak, że warto było je przytoczyć, gdyż zawarte w publikacji przykłady mają walor edukacyjny, a w końcu uczyć warto się choćby od diabła.

System opieki zdrowotnej wymaga zmian. Organizacje w nim funkcjonujące nie mają wpływu na wiele zachodzących tam zjawisk. Mimo to muszą starać się budować silną pozycję na (niedoskonałym) rynku usług zdrowotnych – tak jak wszystkie inne organizacje na innych rynkach i w innych sektorach. Żeby to osiągnąć, muszą się zmieniać, przy czym zmiana dotyczyć musi nie tylko infrastruktury, bo ta w ostatnich latach uległa znacznej poprawie, lecz przede wszystkim ludzi. W dłuższej perspektywie wygrać ci, którzy będą w stanie pozyskać i zaangażować swoich pracowników, skłonić ich do wzięcia odpowiedzialności za organizację. Przekonają ich, że zmiany są konieczne i stworzą warunki, w których ludzie ci będą chcieli podjąć się stojących przed nimi zadań. Skala zaniedbania w ochronie zdrowia w odniesieniu do inwestowania w ludzi jest taka, że zmiany, które należałoby pilnie wdrażać, są bardzo duże. A jak stwierdził Niccolo Machiavelli: „Nie ma nic trudniejszego do podjęcia, bardziej niebezpiecznego do przeprowadzenia i niepewnego w skutkach niż torowanie dróg nowemu porządkowi rzeczy”. Taki nowy porządek stanowi więc niezwykle wyzwanie, z którym przychodzi nam się zmierzyć. Wspomniany autor dodał także: „Ktokolwiek pragnie ciągłego sukcesu, musi wciąż zmieniać swoje zachowanie”². Zapewne nie wszystkim uda się odnieść sukces. Ale na pewno nie odniosą go ci, którzy nie spróbują.

Podczas rozwiązywania problemów dotyczących funkcjonowania organizacji w systemie ochrony zdrowia, przy podejmowaniu codziennych starań o kształt własnej organizacji warto pamiętać o (co najmniej) trzech sprawach:

- jeżeli organizacje same nie spróbują się zmierzyć z otaczającymi je problemami, to nikt za nie tego nie zrobi. Jeżeli przygotowujemy się na różne ewentualności, to jest szansa, że dobrze wykorzystamy nadarzające się okazje, unikając przy tym niebezpieczeństw. Problemy, z jakimi się mierzymy, nie znikną tylko od tego, że zamknijemy oczy i zaczniemy mocno tupać nogą;

- nie jesteśmy „sektorem wybranym”. Opieka zdrowotna nie jest jedyną branżą, w której pojawiają się trudności. Jeżeli ktoś się z tym nie zgadza, najlepiej niech zmieni branżę;

² Tłumaczenie własne za: http://thinkexist.com/quotation/whosoever_desires_constant_success_must_change/217190.html (dostęp: 16 października 2009 r.).

– warto pamiętać, że podstawowe zasady zarządzania opierają się na zdrowym rozsądku (np. jeśli nie dbam o coś, nie będzie się to rozwijać, jeżeli działam wbrew interesom władz zwierzchnich, będę miał kłopoty itp.). Można i trzeba mówić o pewnej specyfice sektora (co zostało przedstawione w niniejszej książce), ale termin „specyfika” nie może stanowić wytłumaczenia dla nieporadnego zarządzania i niestosowania jego podstawowych narzędzi (w tym także tych opisanych w książce).

Trawestując powiedzenie „Dudka” Dziewońskiego, w imieniu całego Zespołu, który pracował nad książką, życzę Państwu, bezcennie, milej lektury.

Marcin Kautsch

Dobczyce–Kraków, październik 2009

Dobczyce, sierpień 2014



Część I

Organizacja opieki zdrowotnej i uwarunkowania jej działania

1. Organizacja i zarządzanie

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione podstawowe pojęcia z zakresu organizacji i zarządzania jako nauki, zdefiniowane zostały struktura i zasoby organizacji, procesy w niej zachodzące, kultura organizacji. Wskazano także na rolę menedżera w zarządzaniu organizacją, przedstawiono podstawowe style kierowania oraz funkcje zarządzania.

1.1. Nauki organizacji i zarządzania jako wyodrębniona dziedzina nauk społecznych

Jeżeli za początek nauki organizacji i zarządzania uznać publikację *The principles of scientific management* F.W. Taylora, niedawno minęło 100 lat od momentu powstania tej dyscypliny. Mimo to jej jednolitość i odrębność cały czas pozostają dyskusyjne.

Teoria organizacji i zarządzania nie ma obecnie jednolitego aparatu badawczego – stosowane są wszelkie metodologie zaczerpnięte z pokrewnych nauk społecznych, począwszy od pierwotnych dla tej dyscypliny metod antropologicznych, poprzez rozpowszechnione później narzędzia socjologiczne i psychologiczne, a na aparacie prawnym, ekonomicznym i matematycznym kończąc. Wykorzystuje się niejednokrotnie także system pojęciowy dyscyplin bardzo odległych, jak np. literaturoznawstwo (w analizie dyskursywnej, dekonstrukcji i in.).

Pośrednim rezultatem (lub przyczyną) zapożyczeń metod badawczych z innych dyscyplin jest także przejęcie zapoczątkowanych w nich wojen paradygmatycznych (jak choćby tej pomiędzy funkcjonalistami a interpretatywistami, widocznej także w antropologii i socjologii). Choć niektórzy uważają to za przejaw słabości nauki organizacji i zarządzania, nie sposób nie dostrzec ogromnych zalet i siły płynącej z prawdziwie interdyscyplinarnego charakteru nauk organizacji i zarządzania, o który inne dziedziny wiedzy, z różną skutecznością, zabiegają.

Praktyczny charakter nauki o zarządzaniu także budzi zastrzeżenia – dla niektórych badaczy zarządzanie jest i powinno pozostać dyscypliną czysto teoretyczną. Skuteczność doradztwa w zakresie zarządzania nie jest szczególnie wysoka, a wiele z żelaznych zasad powtarzanych w bestsellerach tej dyscypliny (jak choćby w słynnej książce T. Petersa i R. Watermana *Poszukiwanie doskonałości*

w biznesie) okazało się być nieprawdziwymi, w najlepszym razie opartymi na nie-naukowych przesłankach – skłaniałoby to do traktowania zarządzania jako dziedziny do pewnego stopnia oderwanej od rzeczywistości. Jednocześnie nie sposób zaprzeczyć ogromnemu zapotrzebowaniu na konsulting, a także nie zauważyć, że może wyszukane zaawansowane koncepcje naukowe nie służą praktyce lub są dyskusyjne, jednak większość problemów współczesnych organizacji w świetle teorii organizacji i zarządzania jest dość prosta i ma jasne, znane od lat remedia. Natomiast przeszkodą w ich stosowaniu jest niewiedza decydentów zajmujących najwyższe miejsca w strukturze organizacyjnej.

Jedynym kluczowym wyróżnikiem nauk organizacji i zarządzania jest przedmiot lub, szerzej, perspektywa badawcza – w odróżnieniu od innych nauk, nauki organizacji i zarządzania zajmują się przede wszystkim procesami wewnątrz i międzyorganizacyjnymi. Podstawową jednostką badawczą jest organizacja, poddana analizie zarówno z punktu widzenia makro (branży, gospodarki – wtedy zarządzaniu blisko do ekonomii), jak i mikro (np. przy badaniu grup zawodowych czy miejsca pracy – na pograniczach antropologii, socjologii i psychologii). Wszystkich specjalistów od zarządzania łączy jedno przekonanie: że w świecie społecznym organizacje odgrywają ogromną rolę i zdecydowanie są warte osobnych studiów i analiz. Pojęcie organizacji wymaga zatem dokładniejszego wyjaśnienia.

1.2. Organizacja: pojęcie, cele. Rodzaje struktur organizacyjnych. Kultura organizacji

1.2.1. Definicja organizacji

Pojęcie organizacji ma swój początek w starożytnym *organon*, oznaczającym narząd, narzędzie. Organizacje otaczają ludzi przez całe życie, kreując świat i pozwalając im realizować różne cele (na marginesie można zauważyć, że szpital jest pierwszą organizacją, z jaką stykamy się w życiu). Ta powszechność zjawiska i fakt, że można na organizacje patrzeć z wielu stron i w wielu płaszczyznach, spowodowały, że w literaturze z obszaru teorii organizacji i zarządzania znaleźć można wiele definicji organizacji. Dlatego zasadne jest przedstawienie trzech różnych znaczeń tego pojęcia¹:

- w rozumieniu **rzeczowym** organizacja to pewna całość, wyodrębniona i posiadająca jakieś cele. Dla A.K. Koźmińskiego² jest to „całość, której składniki współprzyczyniają się do powodzenia całości”, a równocześnie „całość, która przyczynia się do powodzenia swych części”. Organizacja musi zachęcać swoich uczestników do pozostania, jeżeli będzie miejscem, w którym mogą oni spełniać osobiste potrzeby i ambicje. To osobiste powodzenie może być czasem sprzeczne z interesem samej organizacji. W takim przypadku jednostka może chcieć realizować własne interesy kosztem całości. Aby więc istnieć i przetrwać,

¹ W. Kieźun, *Sprawne zarządzanie organizacją*, Wydawnictwo SGH, Warszawa 1997, s. 12–13.

² A.K. Koźmiński, *Organizacja* (w:) A.K. Koźmiński, W. Piotrowski (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, wyd. IV zm., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 29.

organizacja musi być systemem – dostatecznie spójnym i złożonym z wystarczająco wielu wzajemnie dopasowanych części. Oznacza to także powiązanie i współzależność części organizacji, zjednoczonych wokół misji wspólnych, ale i partykularnych, tyle że powiązanych, celów i interesów;

- w rozumieniu **czynnościowym** organizacja oznacza czynność organizowania, a więc pewien proces, działanie, porządkowanie chaosu (w tym ujęciu nie ma sensu mówienie o organizacji jako o bycie stabilnym, możliwym do statycznego ujęcia);
- w znaczeniu **atrybutowym** organizacja to pewna cecha (stopień zorganizowania), oznaczająca sprawne i skoordynowane funkcjonowanie.

Jak wspomniano przy definiowaniu znaczenia rzeczowego, a to ujęcie organizacji jest najistotniejsze z punktu widzenia tego podręcznika, uczestnicy systemu mają swoje własne potrzeby i interesy. Trzeba o tym pamiętać, gdyż tak naprawdę „w procesach różnorodnych, wzajemnych oddziaływań tworzą oni inną – »swoją« – organizację, inny system niż ten, który pierwotnie zaplanowano”³. Oznacza to, że „organizacja zawiera zwykle coś więcej i zarazem jest w niej mniej czegoś w porównaniu z tym, co zaprojektował jej założyciel, lub z celami, jakie przypisują jej przywódcy”⁴. To, czym faktycznie jest organizacja, można określić, badając jedynie efekty jej funkcjonowania.

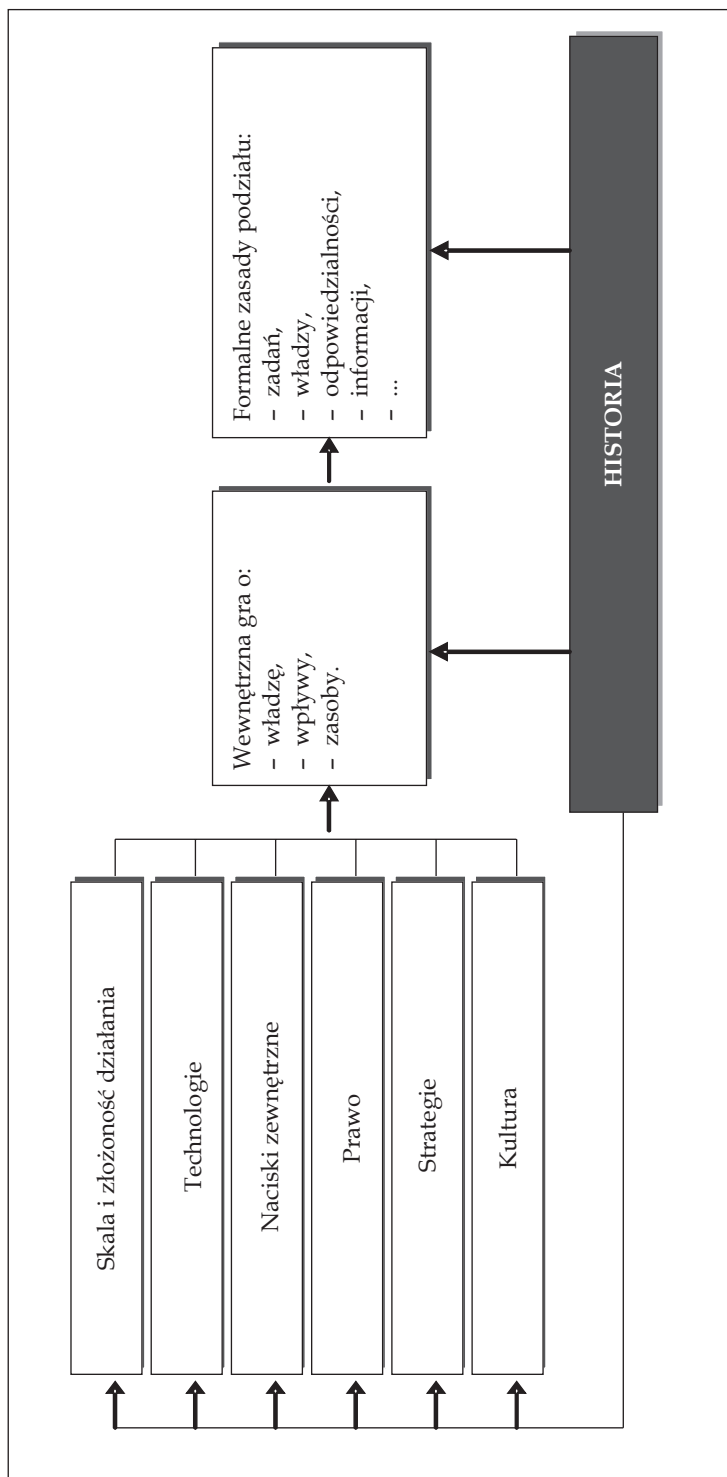
Wśród organizacji opieki zdrowotnej w Polsce wymienić można różnorakie podmioty, m.in: szpitale, przychodnie, hospicja, ośrodki opieki domowej i rehabilitacyjnej czy firmy farmaceutyczne (por. cz. I, rozdz. „Organizacje opieki zdrowotnej”). Organizacje opieki zdrowotnej *sensu stricto* można podzielić na cztery grupy: opieka podstawowa, opieka ostra (szpitalna), opieka długoterminowa i opieka rehabilitacyjna. Do tego dochodzą inne organizacje, które również stanowią elementy systemu opieki zdrowotnej, jak firmy ubezpieczeniowe, firmy farmaceutyczne i inne. Mówiąc jednak o specyfice zarządzania opieką zdrowotną, odnosić się będziemy do zawężonej grupy, zatrudniającej personel medyczny i pełniącej usługi opieki zdrowotnej. Wszystkie te podmioty oraz powiązane z nimi inne organizacje mają jeden podstawowy cel: utrzymanie i poprawę stanu zdrowia obywateli poprzez odpowiednią organizację różnorodnych świadczeń medycznych (od profilaktycznych, przez diagnostyczno-terapeutyczne, do rehabilitacyjnych).

Misją integrującą wysiłki wszystkich tych organizacji jest całościowe dbanie o zdrowie społeczeństwa – ciągły, skoordynowany proces świadczenia usług. Sens istnienia każdej z organizacji sprowadza się do służenia ludziom, stąd też pacjent stanowi (a przynajmniej powinien stanowić) centralny element schematu funkcjonowania systemu, przedstawiony powyżej. Naturalnie w obrębie każdej z wymienionych grup punkt ciężkości będzie leżeć gdzie indziej: od (zakładanej) kompleksowej obsługi podstawowej i zlecenia innych usług w przypadku opieki podstawowej, leczenia chorób i urazów w przypadku szpitali, indywidualnej obsługi klienta w przypadku opieki długoterminowej i rehabilitacyjnej, po działalność badawczo-rozwojową w przypadku firm farmaceutycznych i akademickich ośrodków badawczych.

³ W. Piotrowski, *Organizacje i zarządzanie – kierunki, koncepcje, punkty widzenia* (w:) A.K. Koźmiński, W. Piotrowski (red.), *Zarządzanie...*, s. 701.

⁴ D. Katz, R.L. Kahn, *Spoleczna psychologia organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 32.

Rysunek 1.1. Kształtowanie się struktury organizacyjnej



Źródło: A.K. Koźmiński, D. Jemielniak, *Zarządzanie od podstaw*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 80.

Organizacje opieki zdrowotnej, które są postrzegane (przede wszystkim) jako instytucje niedziałające dla zysku, w większym stopniu muszą dbać o legitymizację polityczną (w oczach interesariuszy) niż ekonomiczną (potwierdzaną wynikiem finansowym). Jednocześnie problemy natury finansowej rzutować będą na ich możliwości spełniania oczekiwań społecznych interesariuszy (pacjentów).

1.2.2. Struktura organizacji

W popularnym rozumieniu struktura jest układem składającym się z elementów organizacji (różnych komórek organizacyjnych) i powiązań między nimi (więzi) tworzących całość. Struktura powinna być dostosowana do misji organizacji, czyli zwerbalizowanej wizji tego, w jakim kierunku organizacja ma zmierzać, oraz warunków jej realizacji. Wyróżnia się trzy typy komórek organizacyjnych:

- **liniowe**, czyli takie, które zajmują się realizacją pracy związanej z rdzenną działalnością organizacji, wynikającą z misji (czyli np. w szpitalu będą to komórki, których członkowie zajmują się leczeniem pacjentów);
- **sztabowe**, czyli takie, które pełnią funkcje analityczne i doradcze (np. dział badań i rozwoju), czyli wspierają merytorycznie komórki liniowe;
- **pomocnicze**, zajmujące się umożliwianiem i ułatwianiem pracy innym komórkom (np. dział kadr, finansów, prawny).

W realnym warunkach struktura jest wynikiową wielu czynników, co przedstawia rysunek 1.1 (s. 36).

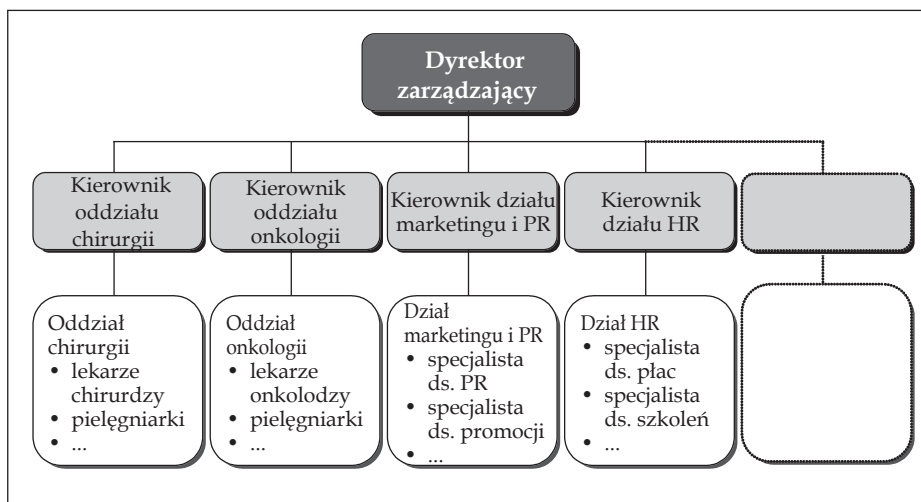
Struktura to swego rodzaju szkielet organizacji. Po to, by mogła funkcjonować, czyli żeby mogły zachodzić w niej procesy, do realizacji których została powołana, musi być osadzona w otoczeniu zewnętrznym i wypełniona zasobami. Nie należy mylić jej ze schematem organizacyjnym, który jest ułomnym zapisem struktury.

Struktury organizacyjne dzielą zadania, władzę (układając stanowiska w hierarchię zależności), pola odpowiedzialności (należy o tym szczególnie pamiętać, ponieważ za przydzieleniem zadania i uprawnień do jego wykonania zawsze podążać powinna odpowiedzialność za wykonanie – jest to podstawa zdrowej organizacji w ujęciu czynnościowym), informacje, prestiż (związany m.in. z zajmowaniem wysokiego stanowiska) oraz zasoby.

Wyróżnia się cztery podstawowe typy struktur organizacyjnych, zależne od tego, wokół czego są one zorganizowane:

1. **Funkcjonalne** – zbudowane wokół odrębnych pionów, pełniących w organizacji różne funkcje. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej będą to komórki świadczące usługi zdrowotne tego samego rodzaju, np. onkologia, chirurgia oraz marketing, księgowość itp. Takie ich umiejscowienie pozwala na uzyskanie przejrzystej struktury, w której pracownicy podzieleni są zgodnie ze specjalizacją. Z drugiej strony struktura ta powoduje tworzenie się mocno odizolowanych od siebie pionów, co utrudnia współpracę i oznacza wewnętrzną rywalizację o zasoby i władzę. Szpitale są stosunkowo małymi (średnimi) organizacjami i dlatego (poza sieciowymi szpitalami prywatnymi) działają w oparciu o strukturę funkcjonalną (rysunek 1.2 na następnej stronie).

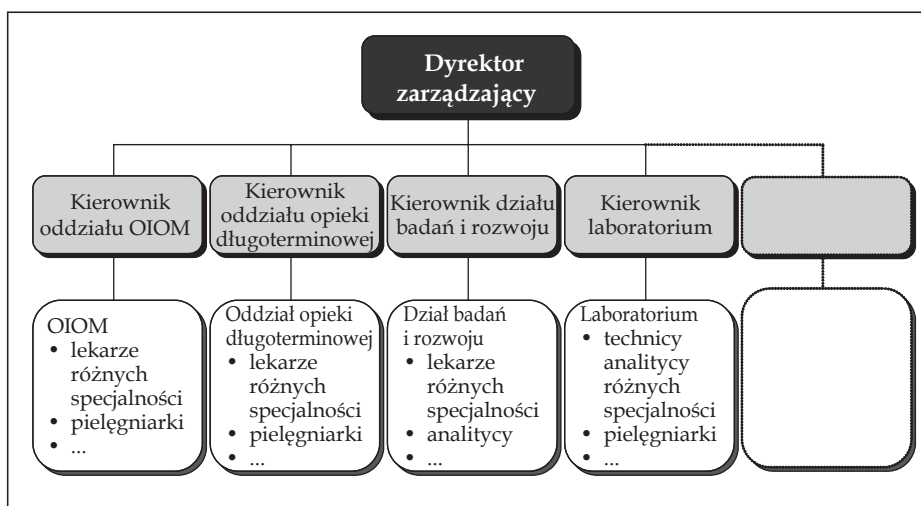
Rysunek 1.2. Przykład schematu struktury funkcjonalnej



Źródło: opracowanie własne.

2. **Procesowo-zadaniowe** – zorganizowane wokół klientów, procesów lub zadań, czyli np. całościowej opieki nad daną grupą pacjentów. Dzięki takiemu rozwiązaniu osoby reprezentujące różne specjalizacje współpracują ze sobą, koncentrując się na efekcie końcowym. Problemem w funkcjonowaniu tej formy zorganizowania jest to, że trudno jest zapewnić prawidłową i efektywną współpracę i koordynację pracowników o różnej specjalizacji i mentalności, a zespoły tak tworzone często rozrastają się do pokaźnych rozmiarów. Ten typ struktury mógłby być (choć nie jest) stosowany w dużych jednostkach szpitalnych, np. w szpitalach uniwersyteckich (rysunek 1.3).

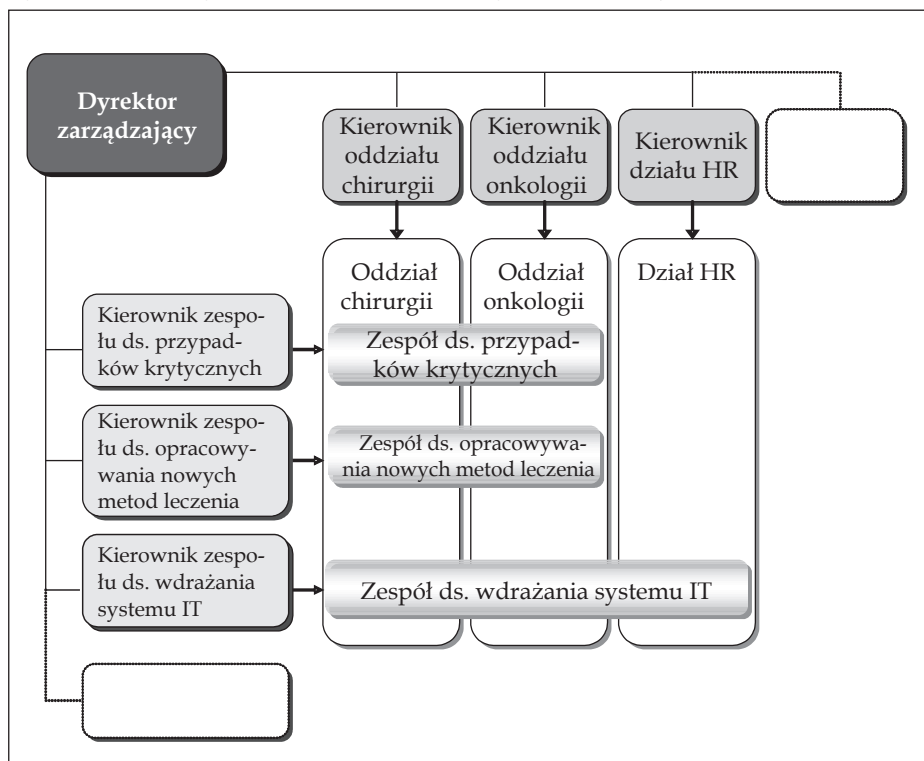
Rysunek 1.3. Przykład schematu struktury procesowo-zadaniowej



Źródło: opracowanie własne.

3. **Macierzowe** – będące połączeniem dwóch pierwszych, gdzie kolumnami są funkcje, a wierszami je przecinającymi zespoły procesowe bądź zadaniowe. Pozwala to połączyć zalety obu podejść, ale równocześnie oznacza większe skomplikowanie struktury i niejednolitość kierownictwa, co może rodzić konflikty. W Polsce nieznanne są tego typu rozwiązania, choć stosowane są one w niektórych większych szpitalach w Europie Zachodniej (rysunek 1.4).

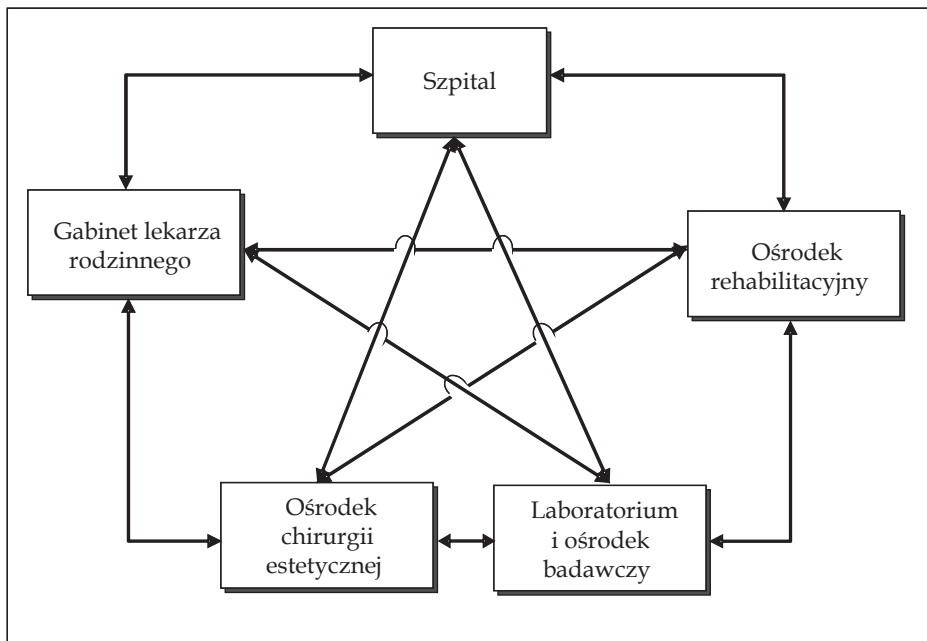
Rysunek 1.4. Przykład schematu struktury macierzowej



Źródło: opracowanie własne.

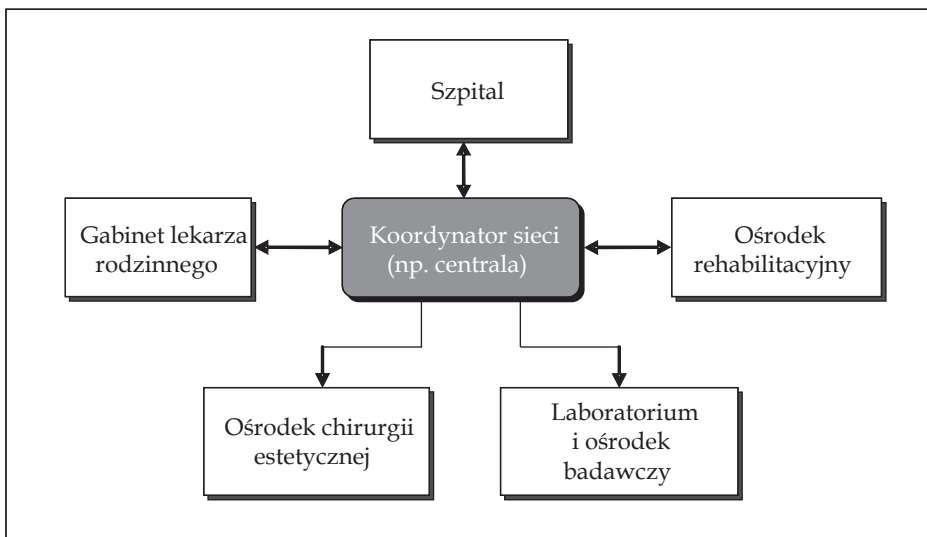
4. **Sieciowe** – gdzie organizacja jest podzielona na mniejsze, niezależne od siebie jednostki, posiadające znaczną autonomię i proste, nieskomplikowane struktury. Równocześnie są one wzajemnie powiązane w ramach sieci oraz kapitałowo. Mogą podejmować współpracę zależnie od potrzeb. Ogranicza to znacznie stopień formalizacji i skomplikowania struktury, co jest szczególnie korzystne w przypadku dużych organizacji. Struktury sieciowe mogą występować w wersji z integratorem sieci, tj. jednostką centralną koordynującą działania niezależnych jednostek biznesowych (rysunek 1.6) lub bez koordynatora (rysunek 1.5 – oba rysunki na następnej stronie).

Rysunek 1.5. Przykład schematu struktury sieciowej – wersja bez koordynatora



Źródło: opracowanie własne.

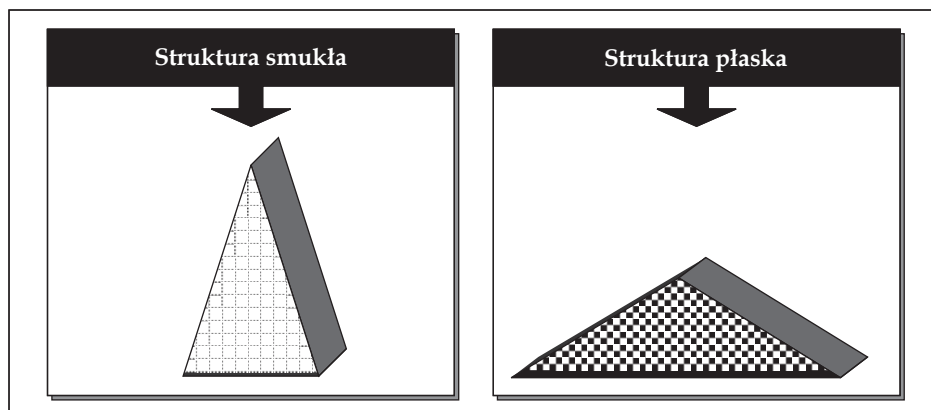
Rysunek 1.6. Przykład schematu struktury sieciowej skupionej wokół koordynatora (integratora) sieci



Źródło: opracowanie własne.

Struktury mogą być smukłe lub płaskie. Podział ten odnosi się do liczby szczebli, jakie występują w organizacji, oraz tego, ile osób podlega bezpośrednio danemu kierownikowi (tzw. rozpiętość kierowania). Struktury szczupłe posiadają wiele szczebli organizacyjnych, tj. stanowisk ułożonych hierarchicznie – mówi się, że są one zorganizowane pionowo. Występuje w nich wiele szczebli pośrednich, np. kierowników średniego szczebla. W tego typu strukturach decyzje są zwykle podejmowane „na górze”, co oznacza centralizację władzy (jeden kierownik bezpośrednio i pośrednio kontroluje znaczną liczbę ludzi – nazywane jest to zasięgiem kierowania). Strukturę smukłą można przedstawić za pomocą smukłego trójkąta, co zostało przedstawione na rysunku 1.7. Z kolei struktury płaskie posiadają niewielką liczbę szczebli, za to bardzo wiele osób zajmuje stanowiska na tym samym poziomie. Wiąże się to zwykle z decentralizacją, tj. przekazaniem władzy w dół struktury, do ludzi „faktycznie” wykonujących pracę, gdyż ograniczona jest liczba szczebli pośrednich. Ponadto jeden kierownik, posiadając wielu podwładnych, nie jest, siłą rzeczy, zdolny podejmować wszystkich decyzji i kontrolować ich pracy – deleguje więc zadania, uprawnienia i odpowiedzialność niżej. Tym samym struktura smukła przypomina spłaszczony trójkąt.

Rysunek 1.7. Struktura smukła i struktura płaska



Źródło: opracowanie własne.

1.2.3. Zasoby i procesy

Rozwijając terminy użyte w tej definicji struktury, należy stwierdzić, że zasoby organizacji to materialne i niematerialne wartości, które organizacja posiada i/lub kontroluje, pozwalające realizować jej misję i cele. Dzieli się je na materialne i niematerialne.

Zasoby materialne to:

- środki finansowe,
- nieruchomości,
- maszyny i urządzenia,
- środki transportu,

- zapasy towaru,
- surowce,
- półprodukty,
- technika i technologia, *know-how* (samodzielnie opracowane lub nabyte).

Z tej typologii na szczególną uwagę zasługują środki finansowe, ponieważ można je w łatwy sposób zamienić na każdy inny rodzaj zasobów materialnych. Muszą one być tak zorganizowane, by umożliwiały, wspierały i zabezpieczały realizowane w organizacji procesy, zapewniając jej trwałość, stabilność i przetrwanie, a także umożliwiając rozwój.

Z kolei zasoby niematerialne organizacji to:

- zasoby ludzkie (zwłaszcza kadra kierownicza),
- kultura organizacji,
- informacja,
- wiedza,
- strategia,
- marka,
- kontakty,
- struktura.

Zasoby niematerialne mogą być zdecydowanie cenniejszym walorem organizacji, gdyż nie można ich w łatwy sposób kupić ani stworzyć. Wejście w ich posiadanie wymaga wiele czasu, pracy i zdobycia odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Właśnie dlatego wiedzę, wraz z jej nosicielami, czyli ludźmi, uznaje się za zasób najistotniejszy. Wiedza jest zasobem pierwotnym, tzn. można ją przekuć na każdy inny zasób. Dodatkowo jest zasobem wyjątkowym, gdyż w im większym stopniu się ją wykorzystuje, tym więcej się jej posiada (wiedza akumuluje się i pomnaża). Dodać ponadto trzeba, że dla uzyskania trwałej przewagi konkurencyjnej najistotniejsze jest należyte wykorzystanie kombinacji wielu różnorodnych zasobów organizacyjnych, tak aby uzyskać efekt synergii dodatniej, który byłby trudny do skopiowania. Planując więc rozwój/ zwiększenie zasobów organizacji, należy uwzględnić to, że sprawne funkcjonowanie organizacji nie zależy od samego posiadania zasobów, ale ich należytego wykorzystywania.

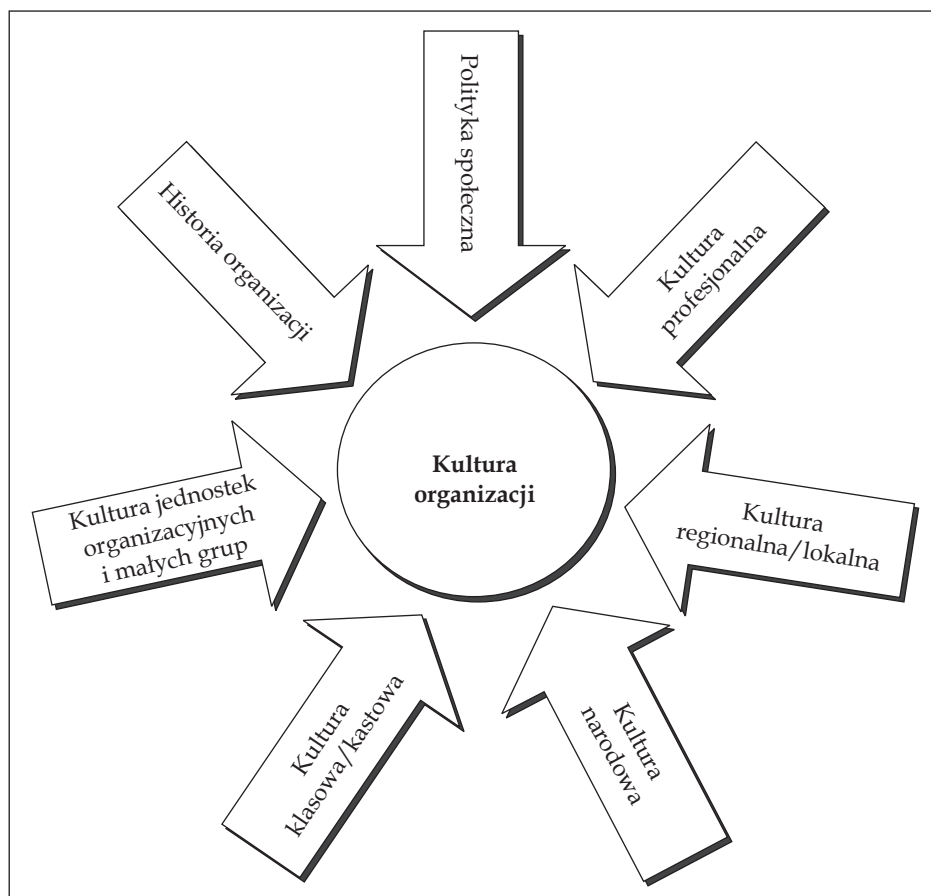
Z kolei procesy to powtarzalny (zazwyczaj) i powiązany ze sobą ciąg czynności, wykorzystujący zasoby posiadane przez organizację, którego efektem jest założony wynik finalny, istotny z punktu widzenia celów organizacji. Organizacja może wykonywać procesy zorientowane na zewnątrz (tj. świadczyć otoczeniu usługi, dostarczać towary, sprzedawać informację, przynosić wartości itd.) bądź też zorientowane wewnętrznie, których efektem ma być dostosowywanie się do zachodzących w otoczeniu zmian albo ich wyprzedzanie (por. cz. VII, rozdz. „Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej”).

1.2.4. Kultura organizacji

Kulturę organizacji można zdefiniować jako założenia co do natury świata, normy, wzorce zachowań i wartości podzielane przez członków organizacji, specyficzną symbolikę oraz klimat w niej panujący.

Kultura organizacji jest wynikiem wielu czynników, co ukazuje rysunek 1.8.

Rysunek 1.8. Wpływ kultur (czynników) zewnętrznych na kulturę organizacji



Źródło: A.K. Koźmiński, D. Jemielniak, *Zarządzanie...*, s. 289.

Kulturę organizacyjną często obrazuje się za pomocą piramidy, której twórcą jest E. Schein. Pokazuje ona hierarchię elementów kultury (rysunek 1.9 na następnej stronie).

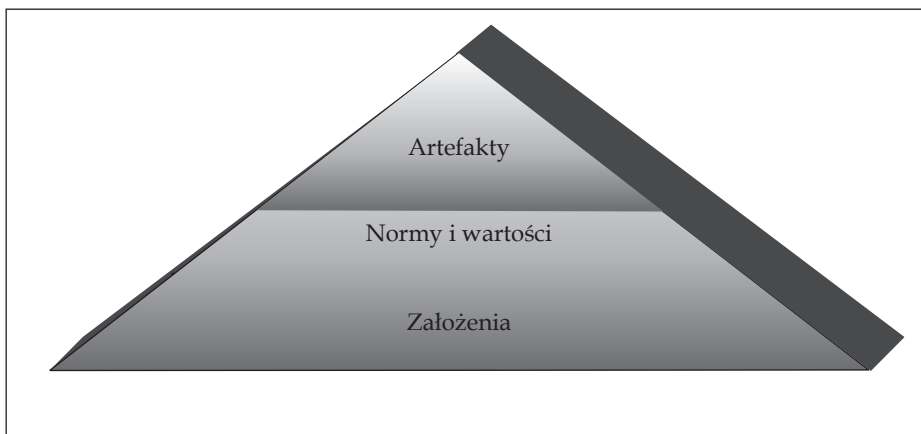
Na górze piramidy znajdują się artefakty (przejawy funkcjonowania danej kultury) – są one widocznymi symbolami panującej w organizacji kultury, możliwymi do zaobserwowania i opisanie. Wyróżnia się trzy typy artefaktów:

- **fizyczne**: *dress-code*, czyli obowiązujący, sformalizowany kod ubierania się, wygląd budynków i wystrój wnętrz, identyfikatory, logo itp.;
- **językowe**: charakterystyczne zwroty, żargon zawodowy, mity i legendy itp.;
- **behawioralne**: sposób odnoszenia się do siebie i do klientów członków organizacji, rytuały, sposób spędzania przerw, relacje między ludźmi itp.

Niżej w omawianej piramidzie znajdują się normy i wartości, określające wzorce zachowania i wierzenia członków kultury. Można przy tym wyróżnić normy i wartości deklarowane, czyli takie, o których się mówi, że się ich przestrzega (gdyż jest to dobrze widziane), oraz faktycznie realizowane normy i wartości.

Oczywiście te grupy w pewnym stopniu się pokrywają, jednak często rzeczywistość odbiega od tego, co jest oficjalnie głoszone.

Rysunek 1.9. Piramida kultury organizacyjnej E. Scheina



Źródło: opracowanie własne.

Podstawę kultury organizacyjnej stanowią założenia dotyczące natury świata, ludzi czy celu istnienia organizacji. Przykładowo, jeżeli założyciel firmy traktuje pracowników jak leni i oszustów, będzie to się objawiało nie tylko w jego niemiłych relacjach z pracownikami i prawdopodobnie zaowocuje kiepską atmosferą pracy, ale także znajdzie wyraz w strukturze firmy, systemach płac, sposobie kontroli itd. Inny przykład można podać w odniesieniu do relacji z klientami. Jeżeli ludzie w firmie, a przynajmniej ich dominująca koalicja, są przeświadczeni, że to klienci są dla nich, a nie oni dla klientów, będzie to miało wpływ na całość organizacji.

Silna kultura organizacyjna jest czynnikiem niezwykle pożądanym, zastępuje bowiem potrzebę kontroli i formalizacji organizacji. Ludzie jednoczą się wokół ważnych dla nich wartości i celów i kreują wspólnotę. W ten sposób sami określają pewne wzorce myślenia i zachowania jako grupa, przez co nie istnieje tak silna potrzeba określania tego w dokumentach (choć trzeba też przyznać, że wielkie międzynarodowe korporacje spisują wszystko – wynika to jednak przede wszystkim z ich rozmiarów i potrzeby dopasowania się nowych członków organizacji do określonego wzorca). Niemniej to grupa w codziennej pracy dba o to, by osoba zaadaptowała się do obowiązujących norm kulturowych – zjawisko to zwie się akulturacją lub socjalizacją.

Zasadami grupy (oraz szerzej – kulturą organizacyjną) nie można jednak dowolnie zarządzać. Jest ona efektem interakcji społecznych, kształtowanych długookresowo. Nie zależy więc bezpośrednio od decyzji zarządzających, ich widzimisię. Kierujący może co najwyżej starać się ją kształtować i wzmacniać poprzez:

- umacnianie poczucia wspólnoty,
- budowanie tradycji, legend, rytuałów i kreowanie bohaterów,
- integrację pracowników (zarówno w formie grup zadaniowych, jak i rekreacji),
- wykorzenianie złych tradycji,
- bycie samemu przykładem postaw, które chce się popularyzować.

1.3. Menedżer i jego role w organizacji

Podstawową rolą menedżera jest zapewnienie kooperacji pozytywnej (przynoszącej efekt synergii dodatniej) między ludźmi pracującymi w organizacji. Aby jednostka ochrony zdrowia działała naprawdę sprawnie, niezbędne są odpowiednie procesy organizacji i zarządzania oraz procesy społeczne, integrujące ze sobą członków organizacji (z grupą zawodową lekarzy na czele) oraz ich interesy z interesem organizacji. Kierownicy mogą to uczynić, kreując „kształt struktury i przebieg procesów społecznych, systemy reguł formalnych, ale i nieformalnych”⁵. Oznacza to stworzenie takiego systemu zarządzania, który wspierał będzie realizację misji organizacji. Zarządzający powinni też angażować pracowników medycznych w procesy organizacji i zarządzania (tworzenie strategii itp.), by stymulować współpracę, wpływać na lepsze zrozumienie stron i budować zaufanie.

Jeżeli członkowie organizacji nie są motywowani przez sam fakt przynależności do niej oraz służenia jej misji (z czym w praktyce mamy do czynienia najczęściej), niezbędne są odpowiednie formy działania oraz procedury, które będą ich przyciągać do organizacji, motywować do działania i zapobiegać opuszczaniu organizacji. Jeżeli procesy dezintegracji stają się zbyt silne, może pojawić się coś, co Drucker nazywa zarządzaniem „przez zrywy”⁶. Powyższe określenie oznacza wyjątkową mobilizację sił w sytuacji „bycia pod ścianą”, która ma przynieść realizację doraźnych celów. Taki sposób zarządzania polega raczej na ratowaniu się z opresji, niż długofalowym myśleniu w kategoriach rozwoju i doskonalenia. Co więcej, taka praktyka oznacza koncentrację tylko na pewnym aspekcie działania (np. zryw w celu przygotowania jakiegoś projektu), przy pominięciu pozostałych. Zazwyczaj w krótkim okresie po takim zrywie sytuacja w organizacji wraca do stanu poprzedniego – swego rodzaju niezadowolającej normy. W skrajnym przypadku efektem takiego funkcjonowania może być to, że organizacja po prostu przestanie istnieć.

Zapobiegać temu mogą różne narzędzia integracji, z których powinni korzystać kierujący całą organizacją lub jej częściami. Spis mechanizmów, które mogą być wykorzystywane dla efektywnej integracji wysiłków członków organizacji i zapewnienia ciągłości i sprawności wykonywania zadań, przedstawia tabela 1.1 (zamieszczona na następnych stronach).

H. Mintzberg wymienia z kolei pięć mechanizmów, które mogą koordynować działania członków organizacji. Mechanizmami koordynacji są⁷:

1. Wzajemne dostosowanie – polegające na bezpośrednich nieformalnych uzgodnieniach między pracownikami podczas pracy.
2. Bezpośredni nadzór kierowniczy – kiedy kierownik osobiście przekazuje polecenia i kontroluje na bieżąco pracę podwładnego.
3. Standaryzacja przebiegu procesu – zaprogramowanie treści pracy w regulaminach, instrukcjach itd.

⁵ W. Piotrowski, *Organizacje i zarządzanie – kierunki, koncepcje, punkty widzenia* (w:) A.K. Koźmiński, W. Piotrowski (red.), *Zarządzanie...*, s. 721.

⁶ P.F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1998, s. 145.

⁷ A. Sobczak, *Struktury organizacyjne* (w:) A.K. Koźmiński, W. Piotrowski (red.), *Zarządzanie...*, s. 286–287.

4. Standaryzacja wyników – polegająca na sprecyzowaniu rezultatów, z pozostawieniem dobrowolności sposobu osiągnięcia założonych celów.
5. Standaryzacja kwalifikacji – sformułowanie wymagań co do poziomu kwalifikacji pracowników, co znacznie niweluje późniejszą potrzebę nadzoru, standaryzacji procesu, a czasem nawet wyniku.

Rolę menedżera jako integratora najlepiej oddaje metafora orkiestry: „całość słyszy jedynie dyrygent. I gdy muzycy są skoncentrowani na swoich partiach, właśnie dyrygent czuwa nad całością. Dbą, by wszystko brzmiało, miało napięcie i kulminację emocji. Poza tym dla jednego muzyka piękno utworu tkwić będzie w jego lekkości, dla innego w potężnym dźwięku. Decyzje o tym, jak zagrać utwór, musi podjąć jedna osoba – właśnie dyrygent (...). Jego umiejętności, wiedza i doświadczenie pozwalają mu ujmować utwór muzyczny całościowo, we wszystkich jego elementach, częściach, detalach i w całej tych szczegółów hierarchii ważności”⁸.

Tabela 1.1. Metody integracji – charakterystyka

METODA INTEGRACJI	CHARAKTERYSTYKA	ZALETY	WADY
Hierarchia kierownicza/ rozpiętość kierowania	Stworzenie łańcucha podległości służbowej lub stanowisk kierowniczych, które łączą większe i mniejsze komórki organizacji	Zapewnia sieć, która łączy wszystkie większe i mniejsze jednostki funkcjonalne organizacji, pozwala koordynować wykonywanie czynności, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie konfliktów w całej organizacji	Może ulec przeciążeniu i załamać się. Wąska rozpiętość może być kosztowna i niewygodna. Wymaga obsadzenia stanowisk kierowniczych osobami o odpowiednich kompetencjach
Sztab	Przydzielenie kierownikom sztabu specjalistów funkcjonalnych i pomocników	Może uzupełnić hierarchię kierowniczą i pomóc jej w wypełnianiu szerszej funkcji integracyjnej	Koszt związany z zatrudnieniem dodatkowych osób i rozrostem administracji. Mogą również powstawać problemy integracyjne (pomiędzy sztabem a linią, czyli osobami zatrudnionymi w działach produkcyjnych)

⁸ J. Maksymiuk, *Przewodzenie talentom w orkiestrze: między gwiazdami a rewolucjonistami*, Harvard Business Review Polska, lipiec-sierpień 2007, s. 36.

METODA INTEGRACJI	CHARAKTERYSTYKA	ZALETY	WADY
Reguły i procedury	Stworzenie zestawu formalnych reguł i procedur, określających zasady działania w organizacji	Ekonomiczny sposób dochodzenia do integracji wokół spraw rutynowych	Ograniczone do spraw rutynowych, przy stabilnych warunkach zewnętrznych. Intensywne wykorzystanie może pociągnąć za sobą dysfunkcjonalne skutki (napięcia między kontrolującymi i kontrolowanymi, traktowanie stosowania się do reguł jako celu samego w sobie)
Plany i cele	Stworzenie planów działania i celów, które integrują pracę różnych komórek organizacyjnych	Za ich pomocą można rozwiązać wiele nierutynowych spraw (problemów), trudnych do załatwienia poprzez reguły i procedury	Koszt w kategoriach czasu i wysiłku, by stworzyć plany i określić cele. Mogą być nieskuteczne przy szybko zmieniających się warunkach otoczenia (realiach rynkowych)
Zebrania, komitety, grupy zadaniowe itd.	Organizacja regularnych spotkań lub grup zadaniowych, które zapewniają współpracę, koordynację i komunikację	Mogą rozwiązywać wiele nieprzewidywalnych problemów i pomagać w podjęciu decyzji	Koszt rozumiany w kategoriach czasu i wysiłku, które muszą poświęcić członkowie grup. Uczestniczący w nich ludzie muszą chcieć współdziałać i dysponować umiejętnością grupowego podejmowania decyzji

METODA INTEGRACJI	CHARAKTERYSTYKA	ZALETY	WADY
Role integrujące	Organizacja stanowisk lub ról, których zadaniem byłaby integracja różnych komórek organizacyjnych i koordynacja prac (bez władzy formalnej, w celu uniknięcia ingerencji w kwestie techniczne)	Mogą rozwiązać wiele nieprzewidywalnych problemów i pomagać w podjęciu decyzji	Koszt związany z zatrudnieniem dodatkowego personelu i wzrostem administracji. Mogą występować trudności ze znalezieniem ludzi o odpowiednich cechach do pełnienia roli integratora (niezbędne jest posiadanie cech przywódczych)
Władza formalna	Rozkład władzy formalnej w organizacji (centralizacja – decentralizacja, podział sił oddziaływania między komórki i działy)	Brak bezpośredniego kosztu	Może być nadużywana. Władza może być trudna do przesunięcia/przekazania innej osobie, jeśli takie przesunięcie okaże się potrzebne
System pomiaru i wynagradzania	Stworzenie systemu pomiaru integracji komórek oraz pracy pracowników, a następnie określenie rozwiązań motywacyjnych, które będą wspierały i wynagradzały odpowiednie zachowania oraz umożliwiały naukę i rozwój (np. poprzez wskazanie odstępstwa od oczekiwań na drodze informacji zwrotnej, co jest podstawą do poprawy w przyszłości)	Mogą motywować zachowania skierowane na integrację	Koszt stworzenia narzędzia – finansowy i organizacyjny. Działania i wyniki niemierzalne i niewynagradzane mogą być ignorowane lub blokowane. Może powodować zachowania dysfunkcyjne

METODA INTEGRACJI	CHARAKTERYSTYKA	ZALETY	WADY
Systemy doboru i rozwoju kadr	Mają zapewnić nabór osób o odpowiedniej charakterystyce (np. na stanowiska integrujące). System rozwoju ma za zadanie odpowiednio szkolić i wychowywać członków organizacji	System doboru pozwala dobrać odpowiednich ludzi do organizacji. System rozwoju pomaga podwyższać efektywność zarówno jednostek, jak i zespołów oraz stanowi element systemu motywacyjnego. Mogą rozwiązywać pewne typy problemów w sposób bardziej sprawny niż inne narzędzia	Mogą być kosztowne w stworzeniu i utrzymaniu. Mogą powodować degradację wyspecjalizowanej wiedzy fachowej (koncentracja na zadaniach nagradzanych, a nie najważniejszych dla powodzenia organizacji)
Architektura	Usytuowanie fizyczne komórek i działów organizacji	W pewnych warunkach może być niezbyt kosztownym rozwiązaniem oraz sprzyjać współpracy i dobrej komunikacji	Może być kosztowna (specyfika zadań a fizyczne właściwości pomieszczenia, w którym zadania mają być wykonywane, np. wymogi stawiane blokowi operacyjnemu). Może spowodować degradację wyspecjalizowanej wiedzy fachowej (np. poprzez złe rozmieszczenie stanowisk i działów w organizacji, utrudniające interakcje)
Departamentalizacja: struktura funkcjonalna	Stworzenie struktury organizacyjnej opartej na funkcjach poszczególnych komórek i działów	Ułatwia integrację pracy osób specjalizujących się w danej dziedzinie	Nie ułatwia integracji między jednostkami organizacyjnymi pełniącymi różne funkcje

METODA INTEGRACJI	CHARAKTERYSTYKA	ZALETY	WADY
Struktura według produktu/ rynku/ obszaru geograficznego	Podział struktury produktowo/ rynkowo/ geograficznie, w ramach których koordynowane są wszystkie procesy związane z danym produktem/ rynkiem/ obszarem	Wspiera integrację w obrębie i pomiędzy funkcjami związanymi z każdym produktem/ rynkiem/ obszarem geograficznym	Nie wspiera integracji pomiędzy produktami/ rynkami/ obszarami gospodarczymi
Struktura macierzowa	Struktura łącząca nastawienie na funkcje i zadania (także procesy czy produkty). Zgrupowanie komórek i działów równocześnie pod względem tych dwóch kryteriów, tak że każdy pracownik ma dwóch przełożonych	Wspiera integrację pomiędzy osobami pracującymi w firmie, ponieważ oprócz pracy w ramach działów są oni częścią zespołów międzywydziałowych. Stymuluje to wymianę wiedzy, lepszą komunikację i wzajemne zrozumienie	Wywołuje konflikty i napięcia z powodu stopnia skomplikowania struktury oraz niejednorodności kierownictwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P.F. Schlesinger i inni, *Projektowanie organizacyjne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 137–138.

1.3.1. Funkcje zarządzania – klasyczne i współczesne

H. Fayol określił w swoich klasycznych dziełach z początku XX w. funkcje zarządzania, które weszły do kanonu tej nauki. Według tego autora zarządzanie można określić jako⁹:

- planowanie,
- organizowanie,
- rozkazywanie,
- koordynowanie,
- kontrolowanie

pracy członków organizacji, przy użyciu wszystkich dostępnych zasobów, aby osiągać wynikające z misji i strategii cele organizacyjne.

Obecnie proponuje się rozbudowany zestaw funkcji zarządzania, które uwzględniają zmiany w światowej gospodarce i wynikające z nich nowe wymagania względem menedżerów¹⁰:

- planowanie,

⁹ H. Fayol, *Administracja przemysłowa i ogólna*, Instytut Nauk o Kulturze, Poznań 1947, s. 37.

¹⁰ A.K. Koźmiński, D. Jemielniak (red.), *Zarządzanie od podstaw...*, s. 19–21.

- organizowanie,
- zarządzanie informacją i wiedzą,
- zarządzanie finansami organizacji,
- zarządzanie operacjami,
- polityka personalna,
- marketing i *public relations*,
- negocjacje,
- kontrola.

Widać więc, że lista uległa wydłużeniu. Od menedżerów oczekuje się przekrojowej wiedzy, ukierunkowanej bardziej humanistycznie. Muszą oni znać się i na finansach, i na marketingu, i na zarządzaniu zasobami ludzkimi, gdyż ich codzienna praca wymaga znajomości również tych tematów i podejmowania decyzji w oparciu o jak najlepsze zrozumienie całości sytuacji. Równocześnie rozkazowanie ustępuje obecnie miejsca przewodzeniu i motywowaniu, czyli zarządzaniu w oparciu o zachęty i pociąganie za sobą, a nie nakazy, rozkazy i popychanie.

1.3.2. Style kierowania

W literaturze przedmiotu istnieje wiele podziałów stylów kierowania. Pierwszym z nich jest podział odzwierciedlający stopień liberalności kierownika. W oparciu o powyższe kryterium wyróżnić można zatem następujące style:

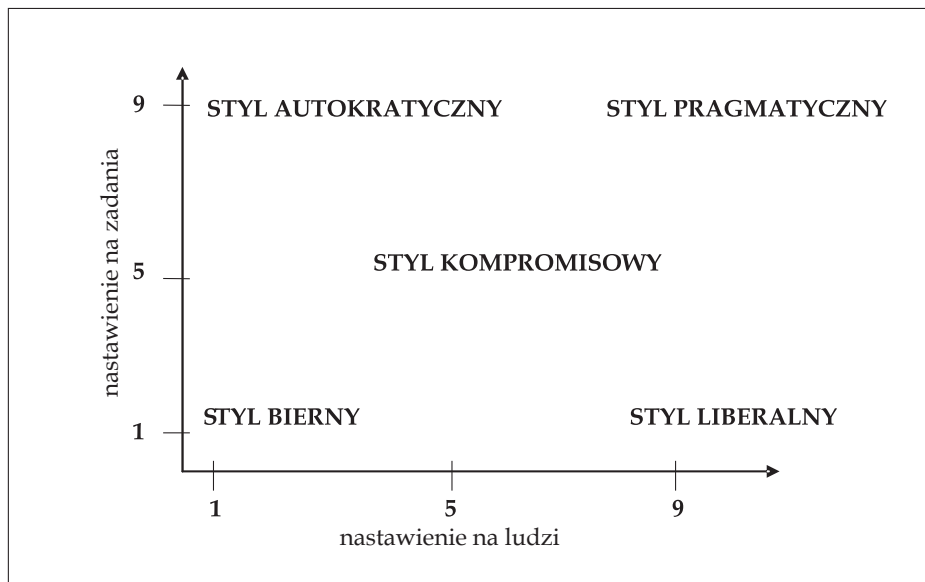
- **autokratyczny**, gdzie decyzje podejmuje samodzielnie zarządzający, innym narzucając sposób działania;
- **paternalistyczny**, który przypomina sposób wychowywania przez dość srogiego, staroświeckiego ojca, który co prawda dba o dzieci i czasem okaże więcej emocji, niemniej wciąż jest głową rodziny i samodzielnie podejmuje decyzje;
- **demokratyczny**, w którym decyzje podejmowane są wspólnie, w formie debaty, i każdy ma swobodę w sposobie wykonywania zadań;
- **leseferyzm** (*laissez-faire*), czyli nieingerujący, który pozostawia podwładnym olbrzymi zakres autonomii w działaniu, charakterystyczny np. wtedy, gdy są oni wysoce wyspecjalizowani w swojej dziedzinie i nie potrzebują bliskości kierownika. Zakres swobody jest w tym wypadku raczej wiązany z szeroką autonomią w działaniu, a nie z brakiem zainteresowania jako takiego (to drugie jest raczej objawem nieumiejętności zarządzania danej osoby).

Drugim podziałem jest orientacja kierownika na zadania bądź na ludzi (np. Likert). Oddaje to model siatki kierowniczej autorstwa R. Blake'a i J.S. Mouton pokazany na rysunku 1.10 na następnej stronie.

Z siatki kierowniczej Blake'a i Mouton wynika, że teoretycznie najlepszy są liderzy o dominującym sposobie myślenia nastawionym zarówno na zadania, jak i troskę o ludzi. Oczywiście błędem byłoby stwierdzenie, że w przypadku każdej organizacji najlepszy jest styl zarządzania na poziomie 9,9. Najlepsi liderzy dostosowują style kierowania do zadań, jakie mają wykonać, i ludzi, jakimi przewodzą. Inaczej kieruje się wysokiej klasy specjalistami, którzy mają doświadczenie i proste zadanie do wykonania, a inaczej grupą młodych, mało wykwalifikowanych osób, które mają zrobić coś trudnego. Dobry menedżer musi wykazać się zatem elastycz-

nością i umiejętnością dostosowania się do sytuacji. Warto również zauważyć, że koncentrując się na ludziach, w kierunku czego przechylają się obecnie tendencje wśród teoretyków i praktyków zarządzania, nie można zapominać także o sferze zadań. Dobra atmosfera powinna być wynikiem wspólnego osiągania celów i wysokiej efektywności, a nie celem samym w sobie.

Rysunek 1.10. Siatka stylów kierowniczych R. Blake’a i J.S. Mouton



Źródło: opracowanie własne.

Nieco inne ujęcie proponuje Adair, który rozszerza klasyczny podział na funkcje związane z zadaniami i z ludźmi, dzieląc te ostatnie na związane z jednostką i związane z zespołem (rysunek 1.11 na następnej stronie).

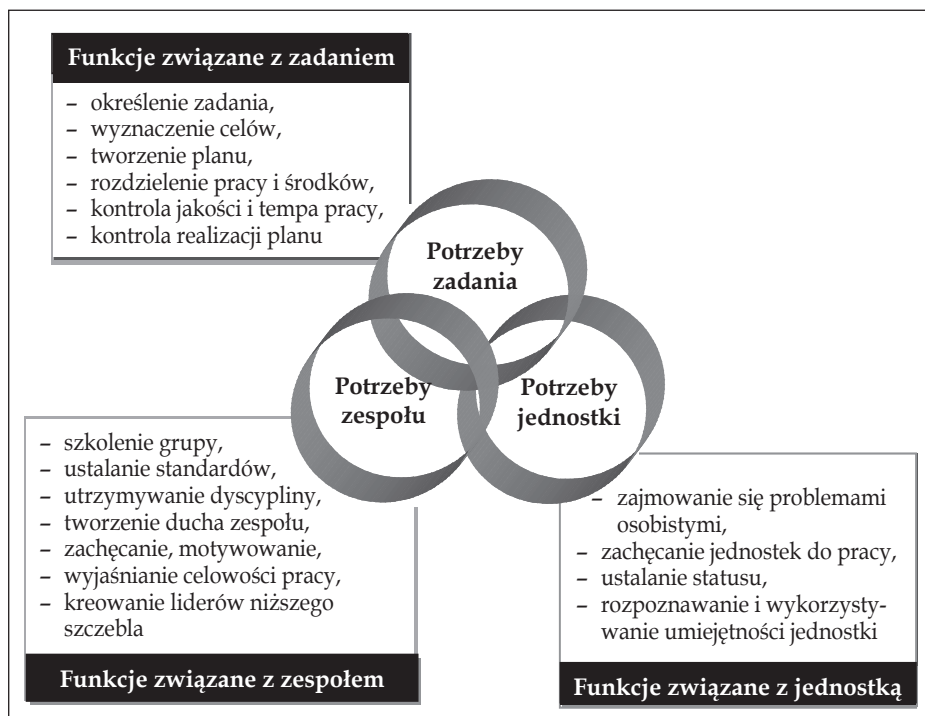
Naturalnie styl kierowania należy dopasować do osób, którymi się zarządza – ich specyfiki, dojrzałości itp. (oraz zadań, jakie przed nimi stoją). Zarządzanie pracownikami wiedzy (a do takich zalicza się przede wszystkim lekarzy), przedstawicieli profesji o bardzo silnej kulturze zawodowej, musi wyglądać inaczej niż podaje to większość podręczników z zarządzania. Ilustruje to zestawienie różnic w mentalności lekarzy i menedżerów przedstawione w tabeli 1.2.

Inne są wymagania stawiane obu stronom. Obecnie od profesjonalistów na stanowiskach funkcyjnych (w przypadku opieki zdrowotnej: klinicystów) wymaga się rzeczy, które kiedyś były domeną jedynie zarządzających – kierowania pracą nie tylko swoją, ale także grupy współpracowników, branie za nią odpowiedzialności, wyznaczanie nowych celów, motywowanie, negocjowanie itd.¹¹ Jak stwierdził Deming, „w pracy każdy ma obowiązek starać się poprawić system,

¹¹ D. Makowski, *Pracownicy intelektualni, profesjonalizacja wiedzy* (w:) D. Jemielniak, A.K. Koźmiński (red.), *Zarządzanie wiedzą*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

a przez to polepszać osiągi swoje i innych”¹². Głównym problemem w zarządzaniu personelem organizacji ochrony zdrowia jest inna mentalność personelu medycznego i kadry zarządzającej oraz inne sposoby pracy obu grup. Od zarządzających wymaga się przede wszystkim umiejętności psychologicznych: przywództwa, prowadzenia prac grupowych, wywierania wpływu społecznego, wysokiej wrażliwości społecznej i empatii, mediacji i negocjacji. Rola nadzorcy stawać się będzie zatem coraz mniej istotna – zastąpi ją przywódca-koordynator, który zapewnić będzie swoim podwładnym warunki do rozwoju – zarówno indywidualnego, jak i zespołowego. Zapewnienie przez zarządzających współpracy między ludźmi, co jest warunkiem koniecznym trwania organizacji, będzie wyrażało się w zachęcaniu specjalistów (w zakresie każdej z grup: lekarzy, pielęgniarek, personelu administracyjnego) do dzielenia się swoją wiedzą oraz umiejętnościami tworzenia i kierowania zespołem. Niezbędne bowiem będzie, aby ludzie pracujący ze sobą wzajemnie się wspierali i rozwijali, tworząc tym samym zespół, czyli taką grupę, w której każdy osiąga więcej (dlatego słowo *TEAM* – ang. grupa – rozwija się w języku angielskim do stwierdzenia *Together Everyone Achieves More* – [pracując razem, każdy osiąga więcej]).

Rysunek 1.11. Potrzeby i zadania (funkcje) przywódcy



Źródło: J. Adair, *Anatomia biznesu. Przywództwo*, Studio Emka, Warszawa 2000, s. 47.

¹² S. Vaughan, *Performance: self as the principal evaluator*, Human Resources Development International 2003, nr 6 (3), s. 381.

Tabela 1.2. Charakterystyka profesji i mentalności lekarzy i menedżerów – zestawienie różnic

Kryterium		MENTALNOŚĆ LEKARZY (jako przykład klasycznej profesji)	MENTALNOŚĆ MENEDŻERÓW (jako przykład nowej profesji)
WIEDZA	Jako zasób	stosunkowo trwałe, stopniowo uzupełniane, modyfikowane, lecz bar- dziej kumulatywny	nieustanne modyfiko- wany, dynamicznie zmienny, błyskawicz- nie i wielokierunkowo ewoluujący
	Sposób nabywania	wieloletnie studia, praktyka, kolejne stopnie specjalizacji, aktualizacja wiedzy	studia, praktyka zawodo- wa, nieustanne autosz- kolenie, śledzenie na bieżąco pojawiających się nowości
	Miejsce nabywania	uczelnie wyższe, prak- tyki w organizacjach branżowych	uczelnie wyższe – tylko na etapie wstępnym, później praktyka, kursy branżowe i nieustanne samokształcenie
	Czas nabywania	okres studiów i praktyk, stopniowa specjalizacja	non stop, całe życie
	Wspólnota wiedzy	formalna przynależność do profesjonalnych organizacji	nieformalne uczestnictwo w wirtualnych grupach dyskusyjnych (w sieci) wymieniających informa- cje i doświadczenia
WARTOŚCI W PRACY	Praca	jako powołanie	jako szansa osobistego rozwoju
	Wartość naczelną: praca traktowana	jako służba (dobru społeczeństwa)	jako czynność autotelicz- na (zabawa, samorealiza- cja); służba organizacji
	Odpowiedzialność	osobista	zbiorowa
	Zależność służbowa	kolegialna (pozio- ma, w ramach grupy zawodowej)	hierarchiczna (pionowa)
	Ramy czasowe	krótkookresowe, teraźniejszość	długookresowe, przyszłość
	Sprężenie zwrotne	natychmiastowe i precy- zyjnie określone	opóźnione i niejasne
	Tolerancja dla wieloznaczności i niepewności	mała	wysoka

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 142 oraz L.D. Czar-kowska, *Nowa profesja: informatycy*, Problemy Zarządzania 2006, nr 1, s. 180.

1.4. Rys historyczny i podsumowanie

Teoria organizacji i zarządzania zajmuje się procesami i fenomenami społecznymi zachodzącymi w organizacjach. Analizuje strukturę, kulturę, zachowania członków i zasoby organizacji, a także bada sposoby skutecznego nimi zarządzania, również poprzez przywództwo.

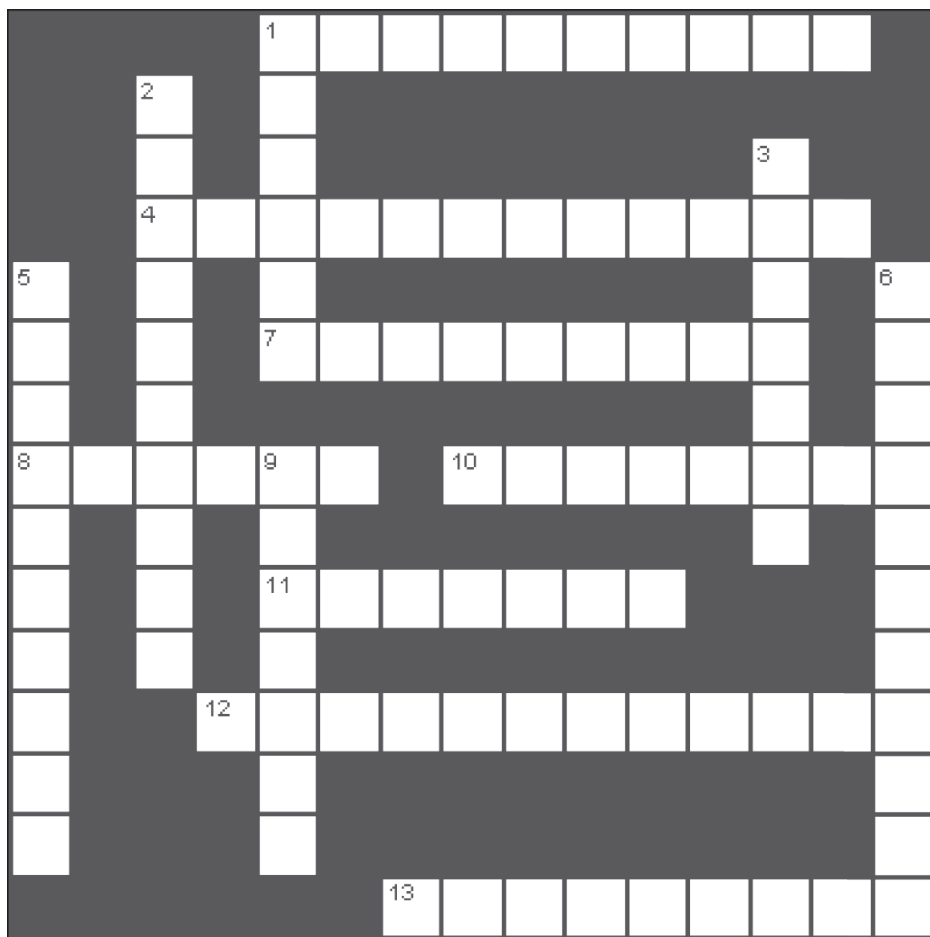
Choć te pryncypia nie zmieniły się, przez kolejne lata nauka organizacji i zarządzania ulegała różnym modom i dominującym teoriom. Na początku, czyli na przełomie XIX i XX w., rozpowszechniony był nurt tzw. **naukowego zarządzania**, kojarzony z nazwiskami F. Taylora i H. Forda – kładł on nacisk na bardzo ścisłą kontrolę robotników i wydawanie im precyzyjnych instrukcji. Równolegle do tego podejścia rozwijał się **nurt administracyjny**, zajmujący się uregulowaniem pracy biurowej poprzez precyzyjne procedury. Później, od czasu eksperymentu w Hawthorne przeprowadzonego w latach 20. XX w. przez E. Mayo, zwrócono większą uwagę na społeczne wymiary funkcjonowania organizacji (np. potrzebę zadowolenia z pracy, zgrania zespołu, udziału w decyzjach i in.) i aż do lat 50. dominował kierunek **human relations**, kojarzony także z D. McGregorem, twórcą teorii X i Y. Kolejny przełom naukowy miał miejsce wraz z nadejściem **podejścia systemowego**, które zalecało analizę organizacji za pomocą teorii systemów. Podejście to zostało powszechnie przyjęte jako jedno z możliwych narzędzi badania organizacji i bywa stosowane do dziś, choć potencjał innowacyjny tego nurtu raczej już się wyczerpał. W latach 70. i 80. XX w. pojawił się ruch tzw. **nowej fali** w zarządzaniu (kładący nacisk na doraźność sytuacji i niemożność ustalenia generalnych reguł zarządzania wobec ogromnej różnorodności organizacji), a także **zarządzania kulturowego** (zwracający uwagę na to, że po pierwsze kultury narodowe mają duży wpływ na zarządzanie, a po drugie, że organizacje same w sobie stanowią bardzo specyficzne kultury). Lata 90. przyniosły fascynację różnego rodzaju odmianami **lean management** i **reengineeringu**, czyli technik wracających do korzeni naukowego zarządzania (zakładających bardzo ścisłą kontrolę pracowników i procesów z wykorzystaniem nowoczesnych technologii). Od przełomu XX i XXI w. z kolei wyraźnie widać wzrost zainteresowania podejściem związanym z **zarządzaniem wiedzą**, a także **zarządzaniem partycypacyjnym** – które z kolei wyraźnie nawiązują do dorobku nurtu **human relations**.

Teoria organizacji i zarządzania rozwija się w cyklach kładących nacisk raz na kontrolę zewnętrzną, raz na indoktrynację pracownika (czyli internalizację standardów). Organizacje przedstawiane są poprzez różne metafory (maszyny, organizmu, kultury, systemu), które często stają się tak plastyczne, że są postrzegane przez pewien czas jako jedyne prawidłowe ujęcie.

Niezależnie od tych fluktuacji poglądów pewne podstawowe reguły zarządzania i teorii organizacji są stałe. W niniejszym rozdziale starano się je przedstawić, nie faworyzując żadnego z podejść. Opisane koncepcje stanowią bardzo krótkie i, siłą rzeczy, okrojone wprowadzenie do tematyki teorii organizacji i zarządzania.

Pytania sprawdzające

1. Czy teoria organizacji i zarządzania jest osobną dyscypliną naukową?
2. Zdefiniuj organizację w rozumieniu rzeczowym, czynnościowym i atrybutowym.
3. Jakie elementy organizacji są charakterystyczne dla ochrony zdrowia?
4. Czym jest struktura organizacji?
5. Podaj przykłady zasobów niematerialnych.
6. Czym są artefakty kulturowe?
7. Jakie role pełni menedżer w organizacji?
8. Jakie funkcje zarządzania wskazywane były historycznie, a jakie wskazywane są współcześnie?

**Poziomo**

- 1 komórka zajmująca się umożliwianiem i ułatwianiem pracy innym komórkom (np. dział kadr) (10)
- 4 jedna z metod integracji (12)
- 7 rodzaj zasobu niematerialnego (9)
- 8 rodzaj struktury charakteryzującej się niewielką liczbą szczebli organizacyjnych (6)
- 10 rodzaj struktury dzielącej organizację na mniejsze jednostki ze znaczną autonomią (8)
- 11 komórka zajmująca się realizacją pracy związanej z rdzenną działalnością organizacji (7)
- 12 rodzaj struktury zbudowanej wokół odrębnych pionów (12)
- 13 układ składający się z elementów organizacji (różnych komórek organizacyjnych) i powiązań między nimi (więzi), tworzący całość (9)

Pionowo

- 1 powtarzalny (zazwyczaj) i powiązany ze sobą ciąg czynności (6)
- 2 jedna z klasycznych funkcji zarządzania (10)
- 3 narzędzie lub narzędzie (7)
- 5 rodzaj zasobu materialnego (10)
- 6 wyodrębniona całość posiadająca jakieś cele (11)
- 9 wzorce zachowań i wartości podzielane przez członków organizacji (7)

2. Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie

2.1. Wprowadzenie

Lektura niniejszego rozdziału powinna umożliwić Czytelnikowi poznanie podstawowych teoretycznych modeli systemów opieki zdrowotnej oraz wybranych cech stosowanych obecnie i w przeszłości systemów ochrony zdrowia.

Jeszcze sto lat temu zdrowie uznawano za prywatną sprawą każdego człowieka i jego rodziny. Dzisiaj postrzegane jest jako dobro wspólne (publiczne). Wszystkie kraje rozwinięte kreują politykę zdrowotną, której celem jest stworzenie systemu dającego całemu społeczeństwu równy dostęp do wysokiej jakości usług medycznych, choć w żadnym kraju nie udało się tego celu w pełni osiągnąć. Stąd ciągle poszukiwanie nowych rozwiązań w tym zakresie.

Pierwsze ubezpieczenia zdrowotne

Pierwszy narodowy system ubezpieczeń zdrowotnych stworzył w 1893 r. w Niemczech kanclerz Otto von Bismarck. System ten nie miał jednak na celu ochrony robotników i ich rodzin, lecz miał zapobiegać niepokojom społecznym i rozprzestrzenianiu się idei socjalistycznych. Kolejnymi krajami, które stworzyły ogólnonarodowe plany zdrowotne, były: Anglia w 1911, Szwecja w 1914, Francja w 1930 r.

Inaczej przebiegał rozwój ubezpieczeń zdrowotnych w USA. Tam powstały one z prywatnej inicjatywy w latach 30. ubiegłego wieku. Szpitale, chcąc uzyskać stały i równomierny dochód, zaczęły proponować stowarzyszeniom pracowniczym, a potem także indywidualnym osobom opłacanie miesięcznych składek w zamian za leczenie w przypadku choroby. Inicjatywy te doprowadziły do powstania planu ubezpieczeniowego Blue Cross. Z kolei indywidualnie praktykujący lekarze, chcąc utrzymać wysokie dochody płynące ze swoich praktyk, uruchomili plany zdrowotne Blue Shield. Powyższe plany opieki były podstawą powstania dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w USA. Organizacje te w 1982 r. połączyły się i do dzisiaj są jednymi z większych ubezpieczycieli zdrowotnych.

Rozwój czy też tworzenie sprawnie funkcjonujących systemów zdrowotnych przebiegały stosunkowo wolno. Dopiero w latach 80. ubiegłego wieku większość krajów rozwiniętych zapewniła dostęp do opieki medycznej wszystkim obywatelom. Natomiast wiele ubogich krajów do tej pory nie ma powszechnej służby medycznej. Powodem tego stanu rzeczy jest fakt, że do stworzenia nowoczesnego systemu ochrony zdrowia konieczne są¹:

- dostępność skutecznych technologii medycznych;
- niskie ryzyko śmierci z przyczyn pozazdrowotnych (np. głodu, wojny), by poprawianie stanu zdrowia można było uznać za zasadne;
- odpowiednio zasobne społeczeństwo (państwo), aby mogło finansować nowoczesne metody leczenia;
- rozwinięte instytucje finansowe zdolne do oceny kosztów opieki zdrowotnej oraz do gromadzenia i dystrybucji środków finansowych pochodzących od wielu osób.

2.2. Teoretyczne modele systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia najczęściej rozumiany jest jako system dostarczania i finansowania usług medycznych. W literaturze przedmiotu można znaleźć następujące teoretyczne modele systemów zdrowotnych: moralny, biurokratyczny, wolnorynkowy i ubezpieczeniowy. Zostały one scharakteryzowane poniżej².

Model moralny zbudowany jest głównie w oparciu o przesłanki etyczne:

- życie i zdrowie stanowią najwyższe dobro, a obowiązkiem instytucji medycznych jest zapewnienie ich ochrony bez względu na koszty;
- ze swej natury medycyna jest zajęciem heroicznym, a poświęcenie personelu medycznego jest moralnym obowiązkiem;
- samorządy zawodowe zapewniają wysoki etos pracy personelu medycznego, działają wyłącznie przez stosowanie sankcji moralnych;
- uprawnienia pacjenta mają stanowić wystarczającą podstawę do uzyskania skutecznej opieki, a wybór polityki zdrowotnej w oparciu o czynniki ekonomiczne jest moralnie niedopuszczalny.

W modelu tym zawody medyczne traktowane są jako powołanie i altruistyczna służba na rzecz drugiego człowieka. Brak jasnych granic określających usługi zdrowotne należne pacjentom sprawia, że placówki medyczne muszą racjonować dostęp do świadczeń, nie zawsze stosując jasne i przejrzyste kryteria. W związku z tym model moralny można uznać za nierealistyczny.

Model biurokratyczny funkcjonować ma według następujących założeń:

- cele opieki zdrowotnej są oparte na ustaleniach naukowych, jasno zdefiniowane i skwantyfikowane;
- system podlega centralnemu nadzorowi administracyjnemu, lokalne różnice w traktowaniu pacjentów są niedopuszczalne;

¹ T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 357.

² Opracowano na podstawie: J. Hołówka, *Modele normatywne opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna 2000, nr 2, s. 62–70.