

ZARZĄDZANIE KOSZTAMI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

ROLA I ZADANIA PIELEŃNIAREK

Monika Raulinajtys-Grzybek



ABC

a Wolters Kluwer business

ZARZĄDZANIE KOSZTAMI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

ROLA I ZADANIA PIELEŃNIAREK

Monika Raulinajtys-Grzybek



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Stan prawny na 1 lipca 2013 r.

Recenzent

Dr hab. Ewelina Nojszewska

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Ewa Fonkowicz

Opracowanie redakcyjne

Dagmara Wachna

Łamanie

Kamila Tomecka

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

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 Polska SA, 2013

ISBN: 978-83-264-4403-6

Wydane przez:

Wolters Kluwer Polska SA

Redakcja Książek

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a

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

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
--------------------	----------

Rozdział 1

Znaczenie personelu białego w zarządzaniu podmiotem

lecniczym	13
1.1. Zmiany na rynku opieki zdrowotnej i ich wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych.....	13
1.2. Rola informacji kosztowej w procesie zarządzania organizacją	20
1.3. Proces tworzenia informacji kosztowej w rachunku kosztów	25
1.4. Obszary zarządzania kosztami podmiotów leczniczych.....	29
1.5. Miejsce personelu białego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego	40

Rozdział 2

Rola pielęgniarek zarządzających – doświadczenia zagraniczne.....

2.1. Ewolucja roli pielęgniarki zarządzającej – od siostry przełożonej do lidera	45
2.2. Pielęgniarka zarządzająca – dychotomia czy sprzeczność	50
2.3. Podstawowe zadania stawiane przed pielęgniarkami zarządzającymi	56
2.3.1. Zarządzanie opieką pielęgniarską i opieką nad pacjentami	57
2.3.2. Zarządzanie zasobami ludzkimi i materialnymi.....	60
2.3.3. Rozwój personelu	63
2.3.4. Zapewnienie zgodności ze standardami zawodowymi i istniejącymi przepisami	64
2.3.5. Planowanie.....	64
2.3.6. Wspieranie wzajemnych relacji wewnątrz jednostki organizacyjnej i całej organizacji	66

Rozdział 3

Rola pielęgniarek w procesie zarządzania kosztami w Polsce

– wyniki badań ankietowych	69
3.1. Wprowadzenie.....	69
3.2. Dostarczanie informacji medycznych do systemu informacyjnego rachunkowości zarządczej	71
3.2.1. Uzupełnianie dokumentacji medycznej	71
3.2.2. Wykorzystanie informacji medycznych	75
3.2.3. Ocena procesu przekazywania informacji medycznych do systemu rachunkowości zarządczej	79
3.3. Pielęgniarki zarządzające jako odbiorcy informacji z systemu rachunkowości zarządczej	82
3.3.1. Ocena procesu otrzymywania informacji z systemu rachunkowości zarządczej	83
3.3.2. Rodzaje informacji kosztowych stosowanych przez pielęgniarki zarządzające	87
3.3.3. Wykorzystanie budżetów przez pielęgniarki zarządzające	92
3.3.4. Ocena roli pielęgniarek zarządzających w ośrodku kosztów	96

Rozdział 4

Wpływ pielęgniarek zarządzających na funkcjonowanie ośrodka

kosztów – studia przypadku.....	101
4.1. Szpital powiatowy.....	101
4.1.1. Krótka charakterystyka podmiotu leczniczego	101
4.1.2. Miejsce pielęgniarek oddziałowych w strukturze organizacyjnej szpitala	102
4.1.3. Wpływ pielęgniarek oddziałowych na zarządzanie zasobami ośrodka kosztów	104
4.1.4. Kształtowanie strategii ośrodka kosztów	112
4.1.5. Rola pielęgniarek w procesie rachunku kosztów	113
4.2. Szpital wojewódzki.....	115
4.2.1. Krótka charakterystyka podmiotu leczniczego	115
4.2.2. Miejsce bloku operacyjnego w strukturze organizacyjnej szpitala	116
4.2.3. Przykłady zarządzania zasobami na bloku operacyjnym	117
4.2.4. Wykorzystanie informacji finansowych i niefinansowych do zarządzania.....	122
4.2.5. Rozliczanie kosztów bloku operacyjnego	124

Zakończenie	129
Załącznik nr 1	135
Załącznik nr 2	143
Spis tabel i rysunków.....	161
Bibliografia	163
Akty prawne	173

———— WSTĘP ————

Polski system ochrony zdrowia stoi współcześnie w obliczu dwóch przeciwstawnych wyzwań: rosnących kosztów świadczenia usług zdrowotnych (co wynika z takich czynników, jak zmiana struktury demograficznej, wzrost kosztów zasobów czy postęp technologiczny) oraz ograniczonej puli środków publicznych na realizację usług zdrowotnych. Powodują one, że funkcjonowanie współczesnych placówek zdrowotnych nie jest możliwe w oderwaniu od narzędzi rachunkowości zarządczej pozwalających na planowanie i kontrolę kosztów.

Zarządzanie kosztami to jeden z najtrudniejszych, a zarazem najważniejszych problemów polskiej ochrony zdrowia. Za proces zarządzania kosztami na poziomie operacyjnym (np. oddziału szpitalnego) odpowiadają pracownicy i menedżerowie tego ośrodka. Najliczniejszą grupę zawodową w tym obszarze stanowią pielęgniarki.

Podstawowym celem publikacji jest zdefiniowanie zadań z zakresu zarządzania kosztami stawianych współcześnie przed pielęgniarkami i pielęgniarkami zarządzającymi w polskich podmiotach leczniczych. Autorka odpowiada na pytania o rolę pielęgniarek w systemie informacyjnym rachunkowości zarządczej, stopień realizacji postawionych przed nimi zadań oraz potencjalne problemy uniemożliwiające efektywne przeprowadzenie tego procesu. Na konkretnych przykładach przedstawia działania, jakie mogą zostać podjęte przez kierowniczy personel pielęgniarski w oddziale szpitalnym i na bloku operacyjnym w zakresie zarządzania kosztami.

W publikacji autorka posługuje się wymiennie sformułowaniami „pielęgniarka zarządzająca” i „pielęgniarka oddziałowa”. Oba pojęcia dotyczą przedstawiciela personelu pielęgniarskiego pełniącego w ośrodku kosztów rolę kierowniczą. Pojęcie „pielęgniarka oddziałowa”, powszechnie funkcjonuje w praktyce zarówno szpitalnej, jak i regulacyjnej, odnosi się jednak literalnie do personelu zatrudnionego w oddziale szpitalnym, pomijając personel zatrudniony w innych ośrodkach kosztów szpitala – w ośrodkach diagnostycznych czy na bloku operacyjnym – a także w in-

nych podmiotach leczniczych. Ponieważ brakuje jednolitego nazewnictwa dotyczącego tej grupy personelu pielęgniarskiego, wykorzystano sformułowanie „pielęgniarka zarządzająca” dotyczące kierowniczego personelu pielęgniarskiego niezależnie od typu zarządzanego ośrodka kosztów.

Badania dokumentujące sytuację zagraniczną (prowadzone głównie w krajach Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych i Hong-Kongu) wskazują, że współcześnie pielęgniarka zarządzająca jest postrzegana jako lider i koordynator opieki zdrowotnej. Doświadczenia polskie, zebrane w ramach badań przedstawionych w publikacji, zostały zweryfikowane na tle doświadczeń zagranicznych i wskazują na podobny sposób postrzegania pielęgniarek zarządzających w Polsce.

W opracowaniu podjęto próbę zdefiniowania roli pielęgniarki zarządzającej w procesie zarządzania ośrodkiem kosztów, a także scharakteryzowano wykonywane przez nią zadania. Jednym z nich jest nadzór nad dostarczaniem informacji niefinansowych – medycznych – do systemu rachunkowości zarządczej. W opracowaniu scharakteryzowano czynniki wpływające na pracochłonność i efektywność tego procesu. Pielęgniarki zarządzające są istotnym odbiorcą informacji z systemu rachunkowości zarządczej, które wykorzystują przy podejmowaniu różnorodnych decyzji zarządczych. Podstawowymi zadaniami realizowanymi przez te pielęgniarki jest zarządzanie zasobami ośrodka kosztów, organizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami oraz, w mniejszym zakresie, planowanie i kształtowanie strategii ośrodka kosztów. W oparciu o studia przypadku wskazano przykłady działań w tym obszarze, podkreślając jednocześnie ich znaczenie dla zarządzania kosztami podmiotu leczniczego.

Publikacja jest wynikiem badań własnych przeprowadzonych w okresie od czerwca do września 2012 r. przez autorkę w Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie dotyczących zadań stawianych przed pielęgniarkami w procesie zarządzania kosztami podmiotów leczniczych oraz ich interakcji z systemem rachunkowości zarządczej – zarówno jako dostawców, jak i odbiorców informacji do tego systemu.

Badanie zaprojektowano w oparciu o następujące pytania badawcze:

- Jaką rolę pełnią pielęgniarki w procesie zasilania systemu rachunkowości zarządczej informacjami niefinansowymi?
- Jaka jest charakterystyka procesu zasilania systemu rachunkowości zarządczej w dane niefinansowe z perspektywy pielęgniarek?

- Jakie są podstawowe obszary, na które wpływ mają pielęgniarki zarządzające?
- Jakie funkcje pełnią pielęgniarki zarządzające w procesie zarządzania kosztami w podmiocie leczniczym?
- Czy (i w jakim zakresie) w procesie podejmowania decyzji pielęgniarki zarządzające korzystają z informacji z systemu rachunkowości zarządczej?

W badaniu wykorzystano ilościowe i jakościowe metody badawcze. Badanie pierwotne poprzedzono badaniem wtórnym opartym na literaturze zagranicznej, przede wszystkim artykułach opublikowanych w zagranicznych czasopismach naukowych. Wykorzystanie literatury zagranicznej było spowodowane niewielką liczbą publikacji naukowych na temat roli personelu białego w procesie zarządzania kosztami dostępnych w polskich periodykach. Na tej podstawie wstępnie zdefiniowano rolę i zadania pielęgniarek (w szczególności pielęgniarek zarządzających) w procesie zarządzania kosztami.

W ramach badań pierwotnych wykorzystano dwie metody badawcze – badanie ankietowe oraz studia przypadku.

Celem badania ankietowego było zdobycie danych na temat stanu faktycznego, tj. roli pielęgniarek w procesie zarządzania kosztami podmiotów leczniczych i interakcji z systemem rachunkowości zarządczej. Zgromadzone dane pozwoliły na sformułowanie uogólnień oraz określenie, jaką rolę i funkcje pełni personel pielęgniarski w procesie zarządzania kosztami ośrodka kosztów.

Respondentami byli przedstawiciele kadry pielęgniarskiej podmiotów leczniczych w Polsce. Badanie ankietowe było badaniem niepełnym, obejmującym wybrane jednostki zbiorowości – analizie poddano 210 wypełnionych kwestionariuszy. Ankiety rozesłano do przedstawicieli podmiotów leczniczych, z którymi autorka miała styczność w ramach projektu „Nowoczesne Zarządzanie w Zakładach Opieki Zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”¹.

¹ Projekt jest realizowany przez Ministerstwo Zdrowia ze Szkołą Główną Handlową w latach 2008–2013. M. Raulinajtyś-Grzybek jest członkiem zespołu projektowego kierowanego przez prof. G.K. Świderską.

Dobór respondentów był celowy i obejmował podmioty aktywnie zaangażowane w proces zarządzania kosztami i zainteresowane budowaniem systemu informacyjnego rachunkowości zarządczej oraz problematyką zarządzania kosztami. Pozwolił na efektywną wymianę informacji między respondentami i autorką. Otrzymane wyniki badań mogą ponadto zostać uznane za swoisty wzorzec (ang. *best practice*) w zakresie roli pielęgniarek w procesie zarządzania kosztami.

Przy opracowaniu wyników ankiet zastosowano metody statystyczne, w tym przede wszystkim opis statystyczny (ocena częstości występowania zmiennych czy średnich arytmetycznych), testowanie istotności związku między zmiennymi za pomocą testu Chi-kwadrat oraz analizę wariancji².

W ramach analizy studiów przypadku badaniu poddano przedstawicieli zarządczej kadry pielęgniarskiej dwóch wybranych szpitali o różnym zasięgu terytorialnym – szpitala powiatowego oraz wojewódzkiego. Celem badania jakościowego było uzupełnienie i uszczegółowienie informacji zgromadzonych w badaniu ankietowym oraz pozyskanie konkretnych przykładów zadań i funkcji realizowanych przez pielęgniarki. Egzemplifikacja roli pielęgniarek zarządzających odbyła się w oparciu o wywiady przeprowadzone osobiście przez autorkę w podmiotach leczniczych, uzupełnione analizą dokumentów udostępnionych przez respondentów.

W szpitalu powiatowym przeprowadzono wywiady z dyrektorem ds. pielęgniarstwa oraz z wszystkimi pielęgniarkami oddziałowymi pracującymi w podmiocie. W szpitalu wojewódzkim badaniu poddano kierownik bloku operacyjnego, która zajmuje samodzielne stanowisko kierownicze i tym samym mogła podać wiele przykładów roli, jaką odgrywała w procesie zarządzania kosztami.

W publikacji wskazano obszary, które zdaniem autorki mają – w świetle obecnych uwarunkowań organizacyjno-prawnych – największe znaczenie dla kształtowania roli pielęgniarek zarządzających w procesie zarządzania kosztami i powiązania ich z systemem informacyjnym rachunkowości zarządczej w podmiotach leczniczych.

² Więcej na temat metod statystycznych przy badaniach ilościowych por. np. J. Józwiak, J. Podgórski, *Statystyka od podstaw*, Warszawa 2012.

ZNACZENIE PERSONELU BIAŁEGO W ZARZĄDZANIU PODMIOTEM LECZNICZYM

1.1. Zmiany na rynku opieki zdrowotnej i ich wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych

Na rynku usług zdrowotnych zachodzą istotne zmiany, które utrudniają funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej i jednocześnie wpływają na wzrost znaczenia decyzji podejmowanych przez zarządzających. Należą do nich³:

- zmiana struktury społecznej, określana mianem starzenia się społeczeństwa,
- postęp technologiczny,
- zmiana oczekiwań świadczeniobiorców w zakresie poziomu opieki zdrowotnej,
- wzrost kosztów zasobów wykorzystywanych w procesie opieki zdrowotnej.

Znaczenie struktury demograficznej wynika z rosnącej średniej długości życia i związanego z tym wzrostu liczby osób starszych, które znacznie intensywniej korzystają z opieki zdrowotnej. Konsekwencją zmiany struktury demograficznej jest również wzrost w krajach rozwiniętych liczby zachorowań na choroby przewlekłe, których leczenie angażuje większe

³ K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 25–26 oraz M.J. Jones, H.J. Mellett, *Determinants of changes in accounting practices: accounting and the UK Health Service*, Critical Perspectives on Accounting 2007, no. 18, s. 92.

nakłady finansowe. Światowa Organizacja Zdrowia sugeruje, że jest to bezpośredni skutek czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej i niezdrowa dieta⁴.

Postęp technologiczny w opiece zdrowotnej jest związany ze zmianami demograficznymi, gdyż odzwierciedla rosnącą możliwość diagnozowania i leczenia chorób przewlekłych, a tym samym wydłużania życia. Wdrażanie innowacji technologicznych w opiece zdrowotnej oznacza nowe sposoby diagnozowania i leczenia – zarówno farmakologicznego, jak i chirurgicznego. Konsekwencją postępu technologicznego są nowe (najczęściej skuteczniejsze, lecz jednocześnie droższe) sposoby leczenia, zastępujące dotychczas stosowane, możliwość leczenia schorzeń określanych wcześniej jako nieuleczalne, spowalnianie tempa rozwoju choroby lub zmniejszenie jej zakresu.

To z kolei prowadzi do trzeciego z czynników – zmian w oczekiwaniach pacjentów. Pacjenci są coraz lepiej poinformowani, świadomi i oczekują nowoczesnych sposobów leczenia. Przyzwyczajeni do swobody podejmowania decyzji w innych aspektach życia liczą na to, że będą włączeni w podejmowane decyzje, które dotyczą ich zdrowia.

Trzy pierwsze elementy są w dużej mierze odpowiedzialne za czwarty – rosnące koszty opieki zdrowotnej. Każdy z wymienionych wyżej czynników najczęściej powoduje wzrost nakładów niezbędnych do realizacji procesu leczenia. Jednocześnie, ze względu na specyfikę usług zdrowotnych (których duża część zaliczana jest do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych), pula środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną jest ograniczona budżetem przyjętym przez rząd.

W literaturze polskiej⁵ pojawiają się ponadto uwagi dotyczące niskiej efektywności procesu działalności gospodarczej, w szczególności braku powiązania między podejmowanymi decyzjami inwestycyjnymi a prowadzoną działalnością medyczną (np. w zakresie nabywanego sprzętu i aparatury medycznej), czyli złego wykorzystania zasobów.

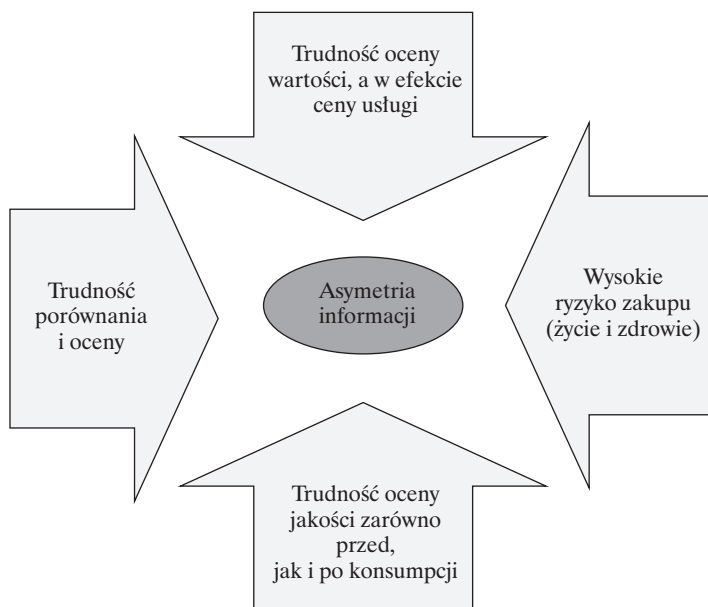
Organizacje opieki zdrowotnej funkcjonują w otoczeniu politycznym, ekonomicznym, społecznym i technologicznym, które dynamicznie się

⁴ Światowa Organizacja Zdrowia, *Preventing chronic diseases: a vital investment*, Genewa 2005.

⁵ Por. np. M. Krasowska-Marczyk, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych a efektywność leczenia szpitalnego. Problematyka zadłużenia i restrukturyzacji szpitali*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2007, nr 30, s. 169–179.

zmienia i wywiera na nie silne, a przy tym sprzeczne naciski. Zarządzający placówkami opieki zdrowotnej muszą sprostać różnorodnym oczekiwaniom ze strony szerokiej grupy odbiorców. Ze względu na specyfikę rynku opieki zdrowotnej – w szczególności występującą asymetrię informacji (brak pełnej informacji ze strony pacjenta, por. rys. 1.1) oraz probabilistyczny charakter występowania epizodów chorobowych (ograniczony wpływ człowieka na pojawienie się zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej) – w systemie tym powołuje się „instytucję trzeciej strony”, która przejmuje zobowiązania finansowe pacjenta w zamian za regularne uiszczanie płatności⁶.

Rysunek 1.1. Przyczyny asymetrii informacyjnej w obszarze opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Hołub-Iwan, *Istota i specyfika produktu opieki zdrowotnej* (w:) S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, *Współczesna ekonomika usług*, Warszawa 2005, s. 417.

⁶ Więcej na temat ekonomiki opieki zdrowotnej por. np. I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007, J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010, S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011.

Proces świadczenia usług zdrowotnych jest regulowany przez odpowiednie akty prawne, które obligują świadczeniodawców do udzielenia opieki zdrowotnej. Usługi zdrowotne są zaliczane do usług pożądanых społecznie, których świadczenie wiąże się z realizacją polityki społeczno-ekonomicznej państwa. Jednocześnie na rynku usług zdrowotnych, mimo widocznej tendencji do zmierzania w kierunku liberalizacji i wprowadzania reguł rynkowych, istotną rolę odgrywają organy administracji państwowej⁷. Rola organów państwowych obejmuje szereg zadań, z których najważniejszymi są:

- finansowanie opieki zdrowotnej⁸,
- określanie zakresu świadczeń zdrowotnych wchodzących w skład świadczeń gwarantowanych, dostępnych dla wszystkich świadczeniobiorców,
- regulacja procesu opieki zdrowotnej (m.in. jakości świadczeń, dostępności usług opieki zdrowotnej czy wymogów w zakresie zasobów wykorzystywanych w procesie świadczenia opieki zdrowotnej).

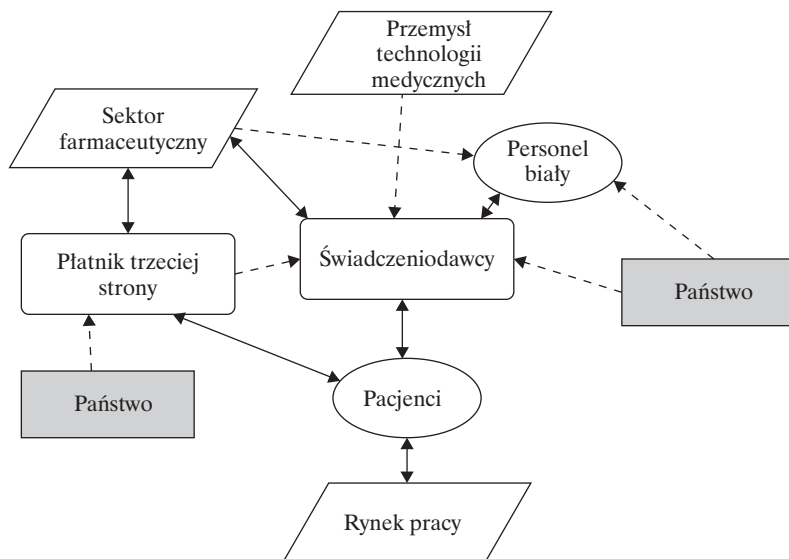
Na rys. 1.2 wskazano ogólny schemat relacji między podstawowymi aktorami na rynku opieki zdrowotnej – strukturę podmiotową tego rynku. Specyfika rynku usług zdrowotnych zależy od systemu finansowania i struktury świadczeniodawców występujących w poszczególnych krajach.

Do podstawowych relacji, które mają wpływ na funkcjonowanie podmiotu leczniczego⁹ w Polsce, należą relacje z personelem białym, pacjentami, przedstawicielami sektora farmaceutycznego, przemysłu technologii medycznych, a także regulacje ustanawiane przez instytucje rządowe (na szczeblu centralnym i lokalnym) oraz umowy zawarte z płatnikiem publicznym.

⁷ Por. K. Ryć, Z. Skrzypczak, *Ochrona zdrowia na świecie*, Warszawa 2011.

⁸ Nawet w krajach o wysokim udziale wydatków prywatnych na opiekę zdrowotną, takich jak np. Stany Zjednoczone, udział wydatków publicznych stanowi około połowę wszystkich wydatków; OECD Health Data 2010, http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (dostęp: 15 września 2010 r.).

⁹ Podmiotami leczniczymi są jednostki prowadzące działalność leczniczą. Pojęcie to zostało wprowadzone na mocy art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217), dalej jako u.d.l.

Rysunek 1.2. Struktura podmiotowa rynku usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Rudawska, *Opieka zdrowotna...*, s. 22.

Do podstawowych grup personelu białego należą lekarze i pielęgniarki. Sprawne funkcjonowanie podmiotu leczniczego nie jest możliwe w sytuacji konfliktu z którąkolwiek z tych grup zawodowych, dlatego kluczowe jest kształtowanie poprawnych relacji z personelem. Najważniejszymi zmianami w tym obszarze zachodzącymi w ostatnich latach jest zmiana sposobu zatrudniania personelu – w wielu podmiotach leczniczych personel zatrudniany jest w formie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów), w których system wynagradzania często oparty jest na rzeczywiście wykonanej pracy. Jak wskazują przedstawiciele podmiotów leczniczych stosujących taką formę zatrudnienia, kontrakty dają lepszą motywację do dbania o wzrost efektywności i liczby oraz jakości wykonanych świadczeń, są bardziej elastyczne, chociaż jednocześnie gwarantują mniejszą stabilność tym grupom zawodowym¹⁰.

¹⁰ Por. np. J. Watōła, *Kontrakty zamiast etatu – zysk i ryzyko*, Gazeta Wyborcza z 5 lipca 2010 r.

Drugim istotnym czynnikiem wpływającym na wzrost znaczenia sposobu zarządzania relacjami z personelem są braki personelu medycznego w niektórych obszarach¹¹. W Polsce, jak wynika z rozmów z przedstawicielami wyższej kadry zarządzającej, problem dotyczy w szczególności personelu lekarskiego tzw. wąskich specjalizacji (takich jak reumatologia czy gastroenterologia), choć coraz częściej wskazuje się na braki personelu pielęgniarskiego niektórych specjalizacji. Konsekwencją braku personelu jest konieczność zmiany sposobu pracy oraz wzrost znaczenia metod organizacji pracy gwarantujących optymalne wykorzystanie ograniczonych zasobów ludzkich¹².

Relacje z pacjentami wynikają z istniejącej asymetrii informacji i władzy. Obecnie wskazuje się jednak na wzrost oczekiwań ze strony pacjentów odnośnie do sposobu świadczenia usług i jakości procesu leczenia. Wynika to ze wzrostu konsumpcjonizmu społeczeństwa, jak również większej dostępności do informacji o jakości opieki świadczonej przez jednostki ochrony zdrowia¹³. Czynnikiem ten nabiera znaczenia w przypadku usług finansowanych bezpośrednio przez pacjentów, zakłady pracy lub komercyjne firmy ubezpieczeniowe, jak również świadczeń o relatywnie dużej dostępności (np. świadczeń nielimitowanych).

Obok personelu medycznego do podstawowych grup zasobów niezbędnych przy świadczeniu opieki zdrowotnej zaliczane są produkty lecznicze i wyroby medyczne, a także aparatura medyczna. Dynamiczne zmiany w obszarze farmakoterapii, wzrost liczby i rodzajów świadczeń wykonywanych w ramach opieki krótkoterminowej (w tym tzw. chirurgii jednego dnia), a także przepisy ustawy o zamówieniach publicznych¹⁴ powodują konieczność świadomego planowania zużycia tych zasobów i kształtowania relacji z dostawcami leków, wyrobów medycznych oraz sprzętu ze strony zarządzających podmiotami leczniczymi.

¹¹ A. McBride, P. Hyde, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej* (w:) K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej...*, s. 299.

¹² D. Evans, *Zarządzanie w krótkoterminowej opiece szpitalnej* (w:) K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej...*, s. 182–186.

¹³ *Ibidem*, s. 137.

¹⁴ Obligatoryjne dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na mocy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.).