

ZAGADNIENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

MEDYCYNĄ OGÓLNA, 2010, 16 (XLV), 2

Praca oryginalna

JOANNA JASIŃSKA¹, IWONA BOJAR², ALFRED OWOC¹

PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE – KIERUNEK ZMIAN
ANTYKRYZYSOWYCH W ORGANIZACJACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

*OWNERSHIP TRANSFORMATIONS – DIRECTION OF ANTI-CRISIS
CHANGES IN THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE*

*ТРАНСФОРМАЦИЯ СОБСТВЕННОСТИ - ОСНОВНЫЕ
АНТИКРИЗИСНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

*ТРАНСФОРМАЦІЯ ВЛАСНОСТІ - ОСНОВНІ АНТИКРИЗОВІ ЗМІНИ
В УСТАНОВАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я*

¹ Z Lubuskiej Wyższej Szkoły Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze
Rektor: prof. dr hab. n. med. A. Owoc

² Z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Dyrektor Instytutu: dr n. med. A. Wojtyła

W pracy przedstawiono proces zarządzania zmianami w ujęciu teoretycznym i praktycznym na tle organizacyjnym zakładów opieki zdrowotnej. Zwrócono uwagę na podstawowe zagadnienia z zakresu teorii zmian i problemy pojawiające się w procesie wdrażania zmian do praktyki.

SŁOWA KLUCZOWE: zmiana, zarządzanie zmianą, przekształcenie.

KEY WORDS: change, managing change, transformation.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: изменение, управление изменениями, трансформация.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: зміна, управління змінами, трансформація.

Zmiana systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, uzyskana przez wprowadzenie w 1999 roku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wynikała z przeświadczenia o nieskuteczności i niskiej efektywności finansowania budżetowego. Jednocześnie zmiana organizacji zakładów opieki zdrowotnej (przekształcenie w samodzielne zakłady) miała zwiększyć ich autonomię. Doszło do rozdzielenia funkcji organizatora świadczeń i płatnika. Wykreowano przekonanie, że stworzenie podstaw dla powstania mechanizmów ograniczonego rynku doprowadzi do takiej alokacji środków, która umożliwi poprawę sytuacji świadczeniodawców korzystających z przewagi konkurencyjnej uzyskanej swobodą wyboru przez pacjentów. Zakładano, że nastąpi również poprawa poziomu świadczeń, zwiększenie dostępności a pacjenci będą bardziej usatysfakcjonowani.

Coraz powszechniejsze były opinie, że rynek usług medycznych w Polsce wykazuje tendencje składające się na sytuację kryzysową. W opinii grupy ekspertów powołanych przez kolejnych Ministrów Zdrowia wynika, że kryzys przejawia się m. in. w następujących obszarach [4]:

- **w pogorszeniu stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli** - dotyczy to zarówno następstw obiektywnie istniejących uwarunkowań, której znaczna część jest efektem błędów wcześniejszych zmian (niejasność reguł dostępu i korzystania, niejasność zasad zawierania i wykonywania umów), jak i poczucia zagrożenia odczuwanego przez pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby. Przyczynia się do tego zarówno brak pewności, czy pracownicy opieki zdrowotnej zastosowali najbardziej właściwe metody postępowania, czy działali z należytą starannością przy rozpoznawaniu problemu zdrowotnego i doborze terapii, a także daleko posunięta niejasność, co do treści zasad obowiązujących w systemie i ich zmienność.

- **w polityce zdrowotnej państwa** – szczególnie dotyczy sposobu przygotowania i wdrażania zmian, które prowadzone były w oderwaniu od celów zdrowotnych. Jedną z przyczyn kryzysu w tym obszarze jest brak odpowiedniego prawa w ramach, którego istnieją instrumenty zachęt motywujących do zachowań społecznie pożądaných. Instrument powinny umożliwiać samokorektę a w przypadku zachowań negatywnych brak konieczności wdrażania kolejnej reformy.

- **w strategicznym i bieżącym zarządzaniu** - dotyczy zarówno treści, jak i stylu podejmowanych decyzji. Błędy i niska jakość zarządzania występuje na wszystkich szczeblach zarządzania, ale ich natura jest różna.

- **w braku procedur dialogu społecznego** w systemie ochrony zdrowia oraz fatalnym stylu komunikowania się. Rozmowy podejmowane były w fazach ostrego kryzysu bez wykorzystania negocjacji partnerskich jako podstawowej formy rozwiązywania sytuacji konfliktowych. Występują też zakłócenia w procesie dialogu z pacjentami. Niespełnione okazały się też obietnice składane społeczeństwu przez kolejne ekipy polityczne zapewnienia nieograniczonego dostępu do wszystkich świadczeń zdrowotnych.

- **w pogłębianiu nieprzejrzystości funkcjonowania systemu** – powodują one, że pojawiają się trudności w dialogu z pacjentem, trudności w trafnej ocenie jakości świadczeń medycznych.

- **w pogarszającej się wrażliwości niektórych elementów systemu ochrony zdrowia na potrzeby ludzi.** Na wrażliwość systemu, – która pojęciowo jest bliska postulatowi przestrzegania praw pacjenta – składają się m.in. następujące elementy: poszanowanie godności pacjenta, zapewnienie udziału pacjenta w decyzjach dotyczących jego zdrowia i leczenia, zachowanie poufności i prawa pacjenta do decydowania, kto będzie miał dostęp do informacji o jego zdrowiu, szybkość reagowania systemu na nagłe i inne zachorowania, jakość świadczeń pozamedycznych.

- w stanie finansowym placówek opieki zdrowotnej wynikającym z niedofinansowania usług medycznych, w tym poszczególnych procedur i świadczeń.

ZARZĄDZANIE ZMIANAMI W SZPITALACH JAKO ORGANIZACJACH
FUNKCJONUJĄCYCH W WARUNKACH ZMIAN SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ –
UJĘCIE EMPIRYCZNE

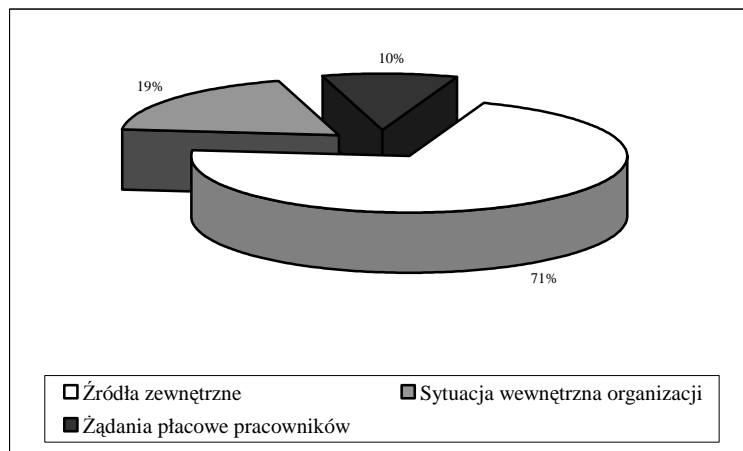
Analiza zarządzania zmianami z perspektywy teoretycznej i charakterystyka organizacyjna opieki zdrowotnej zwracają uwagę na podstawowe zagadnienia z zakresu teorii zmian i problemy pojawiające się w procesie wdrażania zmian do praktyki. Zarówno teoria zmian, jak i opis zmian w opiece zdrowotnej wydają się obszarem dość dobrze rozpoznany. Są bowiem dostępne odpowiednie źródła informacji w postaci przepisów i publikacje opisujące zmiany z perspektywy teoretycznej. Mało rozpoznany natomiast zagadnieniem jest zarządzanie zmianami w szpitalach będących podstawowym elementem systemu opieki zdrowotnej. Na tym poziomie, bowiem, dokonuje się rzeczywisty proces asymilacji zmian i tu mogą pojawić się zakłócenia, które utrudnią bądź uniemożliwią ich wdrożenie.

Przeprowadzone badania nawiązują do istoty, cech i procesu zarządzania zmianami w ujęciu przedstawionym w części teoretycznej publikacji [5]. Ze względu na zasięg można je określić regionalnymi. Wzięło w nich, bowiem udział pięć szpitali z jednego regionu. Opinie na temat zarządzania zmianami przedstawiło 15% zatrudnionych w nich pracowników. Oczekiwano, że opinie pozwolą odkryć praktyczny aspekt percepcji zmian dokonanych w systemie opieki zdrowotnej odzwierciedlających się w sposobie zarządzania nimi na poziomie ich bezpośrednich odbiorców. Przedstawione niżej wyniki badań są fragmentem obszernego materiału informacyjnego uzyskanego w procesie analizy opinii uczestników badań.

Źródła zmian mogą być odkrywane wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z działaniem naruszającym równowagę jakiegoś stanu rzeczy. W organizacjach, źródeł tych poszukuje się najczęściej w ich otoczeniu, którego wpływ przejawia się między innymi w zmniejszeniu zdolności organizacji do sprawnego funkcjonowania i rozwoju. Występują one jednak nie tylko na zewnątrz, ale i wewnątrz organizacji wywołując trwałe lub czasowe sytuacje wzajemnego niedopasowania. Źródła zmian mogą mieć charakter: ekonomiczny, kulturowy, technologiczny, polityczny i psychologiczny. Są jak sygnały, które informują o potrzebie podjęcia określonych działań do usunięcia dewiacji, podjęcia działań optymalizujących lub uruchomienia mechanizmów kreatywności. Przesłanki zmian pojawiają się, zatem wówczas, gdy coraz dotkliwiej postrzegana jest rozbieżność między tym, jak funkcjonuje organizacja, a tym jak powinna funkcjonować lub wyobrażeniem jak mogłaby funkcjonować.

W badaniach nie odkryto tak uszczegółowionego rozumienia źródeł zmian. Odpowiedzi respondentów ułożyły źródła zmian w dwie uniwersalne

i wyczerpujące istotę źródeł zmian grupy: zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne źródła zostały zidentyfikowane w postaci kategorii „otoczenie” przez 71 % osób badanych. Na wewnętrzne źródła zmian wskazało 29 % respondentów. Odpowiedzi respondentów dotyczące źródeł zmian przedstawia Ryc. 1.



Ryc.1. Źródła zmian w badanych organizacjach opieki zdrowotnej

Fig.1. Sources of changes in health care institutions examined

Рис. 1. Источники изменений в исследуемых учреждениях здравоохранения

Мал. 1. Джерела змін в досліджуваних установах охорони здоров'я

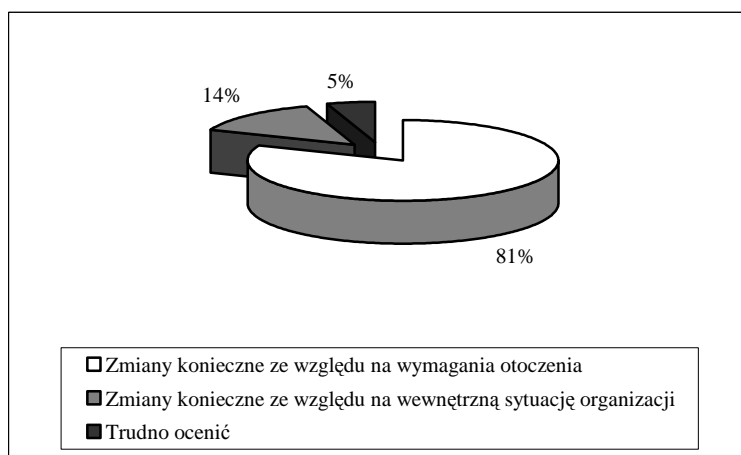
Źródło: opracowanie własne

Jako źródło zmian dominuje otoczenie, będące bardzo złożoną kategorią opisu. W jej zakresie można umieścić zarówno obowiązujące w tym obszarze przepisy, jak i zmiany strukturalne wywołane decyzjami Ministerstwa Zdrowia oraz zmiany wynikające z zapotrzebowania regionu na określone świadczenia zdrowotne. Podkreślić trzeba, że na otoczenie jako główne źródło zmian wskazują pracownicy wszystkich badanych szpitali bez względu na różnicujące je zmienne socjoekonomiczne.

Powyższa struktura odpowiedzi wyraźnie zarysowuje „zewnętrzsterowność” szpitali oraz adaptacyjny charakter. Stwierdzone w badaniach uzależnienie zmian w sytuacji od otoczenia, ma również określone implikacje dla ich funkcjonowania strategicznego. *K. Obój*, który z zespołem badał strategię szpitali w warunkach reform stwierdza, że szpitale mogą zmieniać np. strukturę, konfigurować działalność oddziałów lub w różny sposób obniżać koszty. Oznacza to, że działając w sytuacji uzależnienia od otoczenia, zachowują duży stopień wyboru strategicznego. Mogą w ograniczony sposób definiować swoje cele, gdyż są one w znacznym stopniu zdeterminowane przez otoczenie, ale dążyć do nich mogą na potencjalnie wiele sposobów [6]. Wydaje się, że 29% wskazań na źródła zewnętrzne zmian stwierdzone w prezentowanych badaniach

własnych, odkrywa mechanizm swoistej autonomii w procesie adaptacji do zmian. Dla 81% badanych zmiany były konieczne ze względu na wymagania otoczenia.

Potrzeba zmian w większości przypadków pojawia się wówczas, gdy istniejący stan organizacji odbiega od stanu pożądanego. Potrzeba często identyfikowana z celowością zmian, jest jednym z istotnych czynników gotowości organizacji do zmian. Zmiana ma większe szanse zakończyć się sukcesem, jeśli zarówno kierownictwo organizacji, jak i pracownicy zauważają celowość zmian. W opinii osób badanych wprowadzone zmiany były przede wszystkim odpowiedzią na dostosowanie organizacji do otoczenia zewnętrznego.



Ryc.2. Potrzeba zmian w organizacjach

Fig 2. Demand for organizational changes

Рис. 2. Необходимость изменений в учреждениях

Мал. 2. Необхiднiсть змiн в установах

Źródło: opracowanie własne

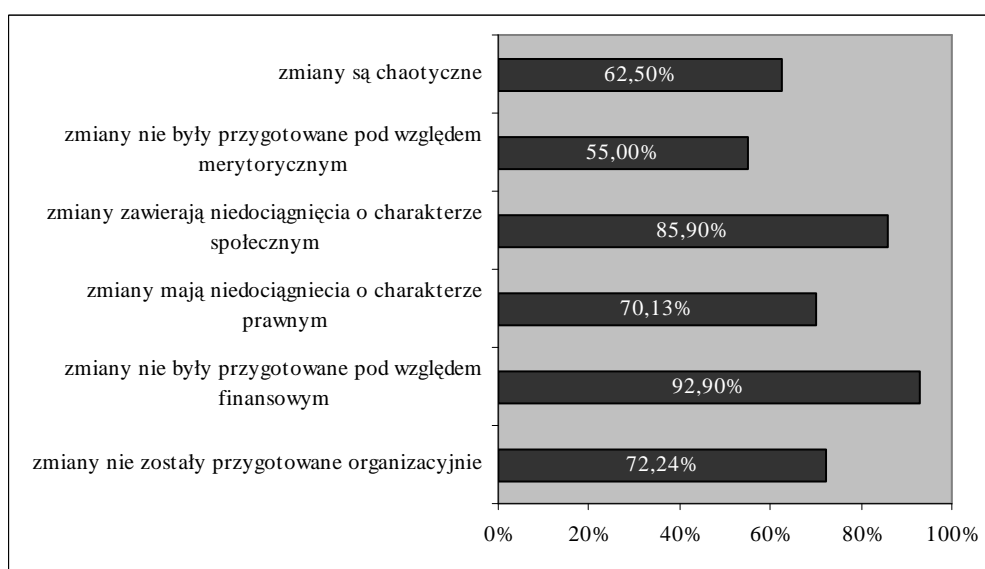
Zmiany były zatem celowe. Potrzeba zmian nie musi jednak w tym przypadku bezpośrednio przekładać się na ich wartość ekonomiczną lub społeczną. Zewnętrzne uwarunkowania zmian ustawiają pracowników organizacji w sytuacji konieczności włączenia się w nurt wymagań, praktycznie bez możliwości dokonania ekonomicznej lub społecznej weryfikacji towarzyszących im zmian.

PRZYGOTOWANIE SZPITALI DO WPROWADZENIA ZMIAN

Znaczenie etapu przygotowania zmian jest akcentowane we wszystkich publikacjach poświęconych zarządzaniu zmianami. Odwołując się do zasad sprawnego działania można powiedzieć, że etap przygotowania zmian tworzy sprzyjające podłoże praktyczne dla realizacji zmian. Charakteryzując ten etap w procedurze zarządzania zmianami można wspomnieć hasło dobrej roboty

T. Kotarbińskiego. Pisał on, że hasło to,, ... zwraca się przede wszystkim nie tylko do urzędów technicznych, lecz do wszystkich posiłkujących się nimi podmiotów. Domaga się ono dzielnej postawy i sprawnej organizacji prac zarówno osób poszczególnych, jak i zespołów, aby działano sumiennie i energicznie, planowo, aby prace wcześniejsze były dobrym przygotowaniem prac późniejszych, aby nie było ani przestojów, ani zatorów, aby wysiłki nie szły na marne, lecz przeciwnie, scalały się w całości jak najskuteczniejsze” [7].

Praktyka, jak wskazują badania, znacznie różni się od tak przedstawionego obrazu przygotowania zmian. Z analizy opinii pracowników szpitali wynika, bowiem, że zmiany nie zostały właściwie przygotowane. Opinie respondentów na ten temat przedstawia Ryc. 3. Ocenę negatywną dotyczącą przygotowania zmian odnieszono do przygotowania organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego i społecznego. Równie negatywne, biorąc pod uwagę liczbę odpowiedzi wskazujących na brak przygotowania zmian do wdrożenia, są oceny zmian pod względem merytorycznym. Fakt braku przygotowania merytorycznego zmian podkreśla 55,00 % pielęgniarek, 66,66 % lekarzy, 75,75% pracowników administracji i 66,60 % kadry zarządzającej.

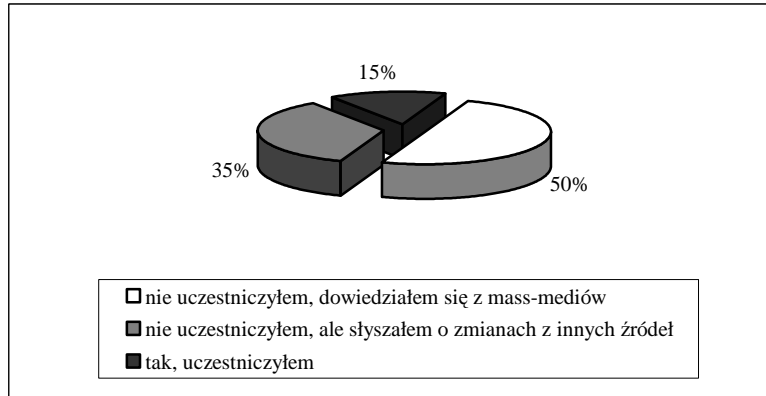


Ryc. 3. Opinie na temat przygotowania zmian
Fig.3. Opinions concerning the preparation of changes
Рис. 3. Мнения на тему подготовки изменений
Мал. 3. Думки на тему підготовки змін

Źródło: opracowanie własne

Zmiana przynosząca nową wizję organizacji powinna być przedstawiona wszystkim jej uczestnikom. Zakłada się, że im pełniejsza i powszechna jest informacja o zmianach tym sprawniejsze wprowadzanie zmian. Informacje mogą

być na przykład „pokrzepiające”, opiniotwórcze, lub kontrolowane, odwołujące się do argumentów racjonalnych lub emocjonalnych. Każdy spośród nich ma znaczenie dla procesu zarządzania zmianami. Brak informacji bądź informacje niejasne lub sprzeczne zakłócają komunikowanie się i utrudniają wprowadzenie zmian. Z przeprowadzonych badań wynika również, że skala uczestnictwa w ich przygotowaniu była niewielka (Ryc. 4), co świadczy o źródłach inicjatyw do zmian ulokowanych poza obszarem tych organizacji.



Ryc.4. Uczestnictwo w przygotowaniu projektu zmian

Fig.4. Participation in the preparation of the project of changes

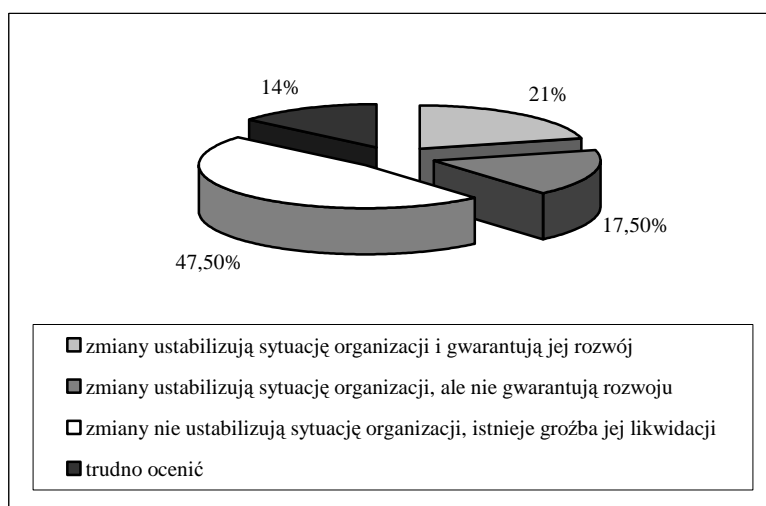
Рис. 4. Участие в подготовке проекта изменений

Мал. 4. Участь у підготовці проекту змін

Źródło: opracowanie własne

Około 85 % respondentów nie uczestniczyło w przygotowaniu projektu zmian. W połączeniu z nieprawidłowościami w obszarze informacyjnym oznacza to, że zmiany nie były przedmiotem konsultacji z ich uczestnikami. Szczególnie krytycznie należy ocenić fakt, że 50 % osób badanych dowiedziało się o zmianach w sytuacjach pozazawodowych.

Funkcjonowanie zmian po ich wprowadzeniu inaczej określane ich „zamrożeniem”, jest również etapem wymagającym szczególnej staranności i systematyczności. Przypomnieć trzeba, że proces zmian w badanych organizacjach opieki zdrowotnej zainicjowany został w celu poprawy ich kondycji ekonomicznej i organizacyjnej. Obejmował między innymi procesy łączenia jednostek organizacyjnych, lub ich likwidacji bądź przekształcenia po względem formy własności. Opinie o tych zmianach okazały się również krytyczne. Z przeprowadzonych badań wynika, że około połowa respondentów uważa sytuację badanych szpitali za niestabilną oraz, że istnieje poważna groźba ich likwidacji. Ocenę taką sformułowało 47,5 % osób badanych. W opinii 17,5% respondentów zmiany ustabilizują sytuację organizacji, ale nie gwarantują jej rozwoju. Natomiast 21% osób dostrzega w przeprowadzonych zmianach stabilizację z gwarancją pozytywnego dalszego rozwoju. Wprowadzonych zmian nie potrafi ocenić 14% osób badanych.



Ryc.5. Ocena wprowadzonych zmian z perspektywy funkcjonowania organizacji

Fig.5. Evaluation of changes introduced from the aspect of functioning of the organization

Рис. 5. Оценка изменений с точки зрения функционирования организации

Мал. 5. Оцінка змін з точки зору функціонування організації

Źródło: opracowanie własne

Konieczność wprowadzenia kolejnych zmian w badanych organizacjach dostrzega 61,5% respondentów, przy czym 14% osób nie potrafi ocenić, czy zmiany korzystnie wpłyną na funkcjonowanie organizacji i ustabilizują sytuację finansową.

USPRAWNIANIE ZARZĄDZANIA ZMIANAMI W OPIECE ZDROWOTNEJ – UJĘCIE SPRAWNOŚCIOWE

Praktyka zarządzania – pisał *L. Bittel* – być może opiera się na koncepcyjnym podłożu, jednak realizowana jest w jak najbardziej prawdziwym świecie [8]. Ten „prawdziwy świat” to całokształt uwarunkowań zmian wpływających na ich zakres. W organizacjach opieki zdrowotnej proces ten określa ponadto, stan szeroko rozumianych materialnych i niematerialnych zasobów wewnętrznych. W idealnych warunkach można oczekiwać specyficznej równowagi między presją poszczególnych czynników oddziałujących na zmiany a możliwościami ich włączenia w procesie zmian. Taki stan równowagi w realiach opieki zdrowotnej w Polsce nie został osiągnięty mimo kilku prób modyfikujących kolejne stany rzeczy. Przedstawione niżej czynniki mające wpływ na doskonalenie zarządzania zmianami w opiece zdrowotnej nie stanowią listy zamkniętej. Nie są też adresowane do wybranych organizacji i włączają się w nurt dyskusji na temat przyszłości opieki zdrowotnej.

Scenariusze usprawniania zarządzania zmianami w organizacjach opieki zdrowotnej należy opracować indywidualnie rozważając różne warianty procesu

rozwiązań. Bowiem są to organizacje „specyficzne”. Specyfika wiąże się z wyeksponowaniem społecznych aspektów fazy przygotowawczej i fazy realizacji w tym zaś szczególnie procesów komunikowania się uczestników zmian. Zarządzanie zmianami jest wtedy skuteczne, gdy jest tłumaczone interesariuszom tego procesu, a komunikacja staje się jego kluczowym elementem dostarczając mu rzetelnej i zrozumiałej informacji. Struktura procesu zarządzania zmianami jest strukturą dynamiczną, w której równolegle mogą być podejmowane działania charakterystyczne dla kilku etapów, mogą też one przenikać się wzajemnie na wielu płaszczyznach. Zmiana, bowiem ma charakter ciągły, a zarządzanie nią nie może mieć zakończenia. Nie może mieć też zakończenia zarządzanie zmianami w organizacjach opieki zdrowotnej, ponieważ podstawową miarą ich sprawności jest zadowolony pacjent obsługiwany przez zadowolonego pracownika.

Nie może być tak, aby skutkiem zarządzania zmianami w opiece zdrowotnej jest potęgowanie wrażenia zupełnego chaosu. Pomija się jedną z największych wartości organizacji medycznych, jaką jest profesjonalna kadra pracująca w szpitalach, przychodniach, poradniach bez udziału, której sprawne zarządzanie zmianami.

PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE JAKO KIERUNEK ZMIAN W OPIECE ZDROWOTNEJ

Termin „przekształcenia własnościowe”, w rozumieniu przyjętym w poniższych rozważaniach, obejmuje zarówno postępujące spontanicznie procesy powstawania nowych jednostek gospodarczych w tym tzw. prywatyzację założycielską oraz procesy przeobrażeń dokonujących się w ramach istniejących form własności, jak i podejmowane przez państwo działania zmierzające do gruntownej przebudowy stosunków i struktur własnościowych [9]. Ukierunkowany na przemiany własnościowe system społeczno – gospodarczy oznacza stopniowe dochodzenie do modelu gospodarki rynkowej. Współcześnie systemy społeczno - gospodarcze nie występują w formie jednego modelu, zawierają zarówno elementy rynkowe jak i nakazowe. Wśród ekonomistów, polityków i osób zarządzających poszczególnymi obszarami gospodarki nie ma jednak zgody co do tego, jaki powinien być ich zakres. Problem dotyczy bowiem roli państwa w gospodarce.

W ekonomii analizującej tę kwestię wyodrębnia się dwa nurty: liberalny i interwencjonistyczny. Zwolennicy klasycznego liberalizmu i neoliberalizmu twierdzą, że wszelkie bezpośrednie ingerencje państwa, mające na celu ograniczenie działania mechanizmów rynkowych, nie są wskazane. Według tej koncepcji państwo powinno zapewniać stabilne reguły gry rynkowej, poprzez stworzenie ładu instytucjonalnego i prawnego. Według tej koncepcji nieefektywne jest przede wszystkim utrzymywanie sektora publicznego i zarządzanie nim przy pomocy mechanizmów nakazowych.

Zwolennicy interwencjonizmu państwowego z kolei utrzymują, że regulacja musi następować ze względu na szereg cech systemów ekonomicznych, a wiele

z nich nie zostało uwzględnionych w klasycznym modelu doskonałego rynku. Drugą istotną przyczyną interwencji i regulacji państwowych jest konieczność zagwarantowania przez państwo realizacji ważnych celów społecznych. W konsekwencji ścierania się tych poglądów zagadnienie „wolny czy kontrolowany rynek” stawia się najczęściej w sposób komplementarny – ile rynku, a ile państwa, a nie alternatywny – rynek czy państwo.

Opieka zdrowotna należy do specyficznych obszarów społeczno – gospodarczych. Specyfika ta wynika m.in. z cech usług medycznych, które odróżniają je od innych produktów i usług, o czym już wcześniej wspomniano w rozważaniach. Jak podkreśla *K. J. Arrow*, pierwotnym i generalnym źródłem specyfiki usług zdrowotnych jest ryzyko i niepewność towarzysząca potrzebom zdrowotnym [10]. Autorka podkreśla, że to ryzyko i niepewność decydują przede wszystkim o ograniczeniu zastosowania rynku. Kolejna kwestia, to dylemat, czy usługi zdrowotne są dobrami rynkowymi, czy nierynkowymi. Jeśli uzna się je za nierynkowe, to przede wszystkim z powodu konieczności uzyskania usługi medycznej w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, czyli wartości najwyższej dla człowieka. Można wymienić jeszcze inne czynniki świadczące o charakterze nierynkowym, wśród nich: niepewność, co do wyników leczenia, brak możliwości sprawdzenia zakresu usługi przed jej skonsumowaniem, asymetria informacji dotycząca wystąpienia potrzeby zdrowotnej, sposobu jej zaspokojenia, prawdopodobieństwa pożądanego efektu i przebiegu procesu realizacji usługi między świadczeniodawcą a jej świadczeniobiorcą.

Jeszcze jedna ważna cecha opieki zdrowotnej, na którą wskazują zwolennicy jej nierynkowości, to problem społecznych skutków kupowania lub nie kupowania usług medycznych. Wspomniana już *K. J. Arrow* swoje rozważania w tej kwestii prowadzi do konkluzji, że skoro w opiece zdrowotnej nie istnieje powszechny mechanizm rynkowy, za pomocą którego wyceniano by i egzekwowano kwoty za powodowanie zagrożeń, jak i korzyści zdrowotnych, to nie ma możliwości zakupu usług medycznych, zwłaszcza po cenach rynkowych. Akceptacja nierynkowego charakteru usług jest w pewnym stopniu wyrazem przyzwolenia na poszerzenie zakresu wpływu regulacji państwa na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Zasadnicze cechy takiego systemu wiążą się z istotą interwencjonalizmu państwowego i są następujące: centralizacja zarządzania i planowania, administracyjne kształtowanie cen, hierarchiczna podległość w strukturach władzy, centralizacja uprawnień do tworzenia i reorganizacji jednostek systemu, ograniczenia konkurencji oraz brak samofinansowania. *R. Milewski* pisze, że lista wad takiego systemu jest bardzo długa, ale najważniejsze z nich to: nieracjonalna alokacja zasobów, nieefektywny system motywacyjny, niska innowacyjność, brak dyscypliny finansowej, mała elastyczność, permanentne niedobory dóbr, zanik przedsiębiorczości i rozmycie odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

Zwolenników koncepcji nierynkowości usług zdrowotnych jest jednak, jak się wydaje, nie tak wielu, aby można było zahamować procesy przekształceń własnościowych w tym obszarze. Rzecznicy rynkowego traktowania opieki

zdrowotnej przekonują, że usługi zdrowotne mogą podobnie jak inne dziedziny gospodarki podlegać takim zmianom, w których istotna jest minimalizacja ingerencji państwa. Urynkowienie opieki zdrowotnej to m.in. poszerzenie swobody wyboru świadczeniodawców, zwiększenie roli prywatnych źródeł finansowania opieki zdrowotnej, zwiększenie roli sektora prywatnego w opiece zdrowotnej, zmiana zasad funkcjonowania świadczeniodawców z sektora publicznego na komercyjne (zmiana statusu prawnego i zasad gospodarki finansowej, sprzedaż usług zdrowotnych, a przede wszystkim nacisk na kwalifikacje menedżerskie kadry kierowniczej opieki zdrowotnej, zmniejszenie wpływów politycznych, nasilenie konkurencji wśród świadczeniodawców sprzyjającej wzrostowi efektywności i dostępności do usług medycznych.

Na polskim rynku usług medycznych przekształcenia własnościowe już odnalazły swoje miejsce w systemie. Od 1993 roku do systemu opieki zdrowotnej włączone zostały prywatne gabinety tworzone najczęściej przez pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej w których wydzierżawili oni pomieszczenia i sprzęt. Korzyści uzyskiwane z tytułu umowy były dla wielu lekarzy i niektórych pielęgniarek na tyle atrakcyjne, że rezygnowali oni z umowy o pracę, rejestrowali prywatne gabinety lub zakład i zabiegali o podpisanie umowy na dostarczanie świadczeń dla osób uprawnionych. Niektóre prywatne zakłady opieki zdrowotnej powstały jako efekt prywatyzacji przedsiębiorstw przemysłowych, przy których istniała przemysłowa opieka zdrowotna. Początkowo w dużych aglomeracjach, a z czasem w mniejszych, powstały również nowe instytucje opieki ambulatoryjnej, oferujące w swoim pakiecie usług medycznych diagnostykę, a niekiedy również drobne zabiegi i operacje. Można powiedzieć, że ich rozwój jest świadectwem kształtowania się formy prywatyzacji sektora medycznego określanej w ekonomii „założycielską”. Pojawiły się również zmiany w otoczeniu publicznych świadczeniodawców usług. Dla uzyskania większej sprawności organizacyjnej, wyższej efektywności działania oraz pozytywnego efektu ekonomicznego, zastosowano odejście od powiązania sektora medycznego z dostawcami usług pomocniczych i zakupywanie ich w innych firmach. Proces ten, przez niektórych nazywany *prywatyzacją usług pomocniczych*, to przejście od regulacji administracyjnych wewnątrz organizacyjnych do regulacji rynkowych.

Niekiedy uważa się, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zostały przekształcone z jednostki budżetowej zostały tak przekształcone, aby stworzyć pośredni etap w ich prywatyzowaniu. Należy podkreślić, że udział sektora prywatnego w systemie opieki zdrowotnej jest coraz większy, bowiem nie tylko publiczne zakłady zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne osobom ubezpieczonym. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym sprawiła, że straciły moc zapisy o tym, że zadania państwa w zakresie dostarczania świadczeń zdrowotnych realizują tylko publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Każda zarejestrowana instytucja zdrowotna, niezależnie od form własności może być dostawcą świadczeń medycznych, ale doboru tych instytucji (dla osób

ubezpieczonych) dokonuje dysponent środków publicznych spośród tych, które składają swoje oferty. Ten tryb „wchodzenia” prywatnych instytucji do systemu opieki zdrowotnej K. Tymowska określa mianem wejścia reglamentowanego. Prywatyzacja sprzyjać ma poprawie dostępności do świadczeń medycznych, wzmocnić konkurencję sektora oraz podnieść jakość usług. W kategoriach ekonomicznych przekształcenia własnościowe są potrzebne również tam, gdzie chcemy osiągnąć wyższą efektywność posiadanych zasobów, np. poprzez lepszy nadzór właścicielski oraz lepszą selekcję zarządzających opieką zdrowotną.

Zmiany prywatyzacyjne wzbudzały i wzbudzają jednak wiele burzliwych dyskusji. Opinie na ten temat są zróżnicowane. Z jednej strony zawiera się w nich poparcie dla rozszerzenia zastosowania mechanizmów rynkowych na sferę usług medycznych, z drugiej poszukuje się argumentów przemawiających przeciwko prywatyzacji. Przedmiotem dyskusji jest również problem efektywności działania sektora zdrowia przy upowszechnieniu mechanizmów rynkowych. Wskazuje się zwłaszcza na przypadki monopolizacji i destabilizacji struktury świadczeń oraz trudności w osiągnięciu efektów zdrowotnych. Istotnym problemem jest m.in., bariera finansowa, która może czynić świadczenia zdrowotne niedostępnymi dla wielu pacjentów. Podkreśla się zwłaszcza to, że skutek prywatyzacji zachwiane mogą być zasady równego dostępu do świadczeń medycznych, tak istotne w systemie opieki zdrowotnej. Problematyka równości dostępu do usług zdrowotnych wiąże się między innymi z silnym wsparciem dla publicznie finansowanej opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Jednakże zapewnienie środków na praktycznie nieograniczony zakres świadczeń zdrowotnych ciągle pozostaje problemem do rozwiązania. Coraz częściej pojawiają się sugestie, że starzejące się społeczeństwo, wysokie koszty zaawansowanych technologii, rosnące oczekiwania społeczne, popyt na świadczenia zdrowotne oraz wysoki poziom zadłużenia organizacji opieki zdrowotnej, wymuszą poszukiwanie zmian w zakresie pozyskania dodatkowych środków na finansowanie usług medycznych.

Organizacje opieki zdrowotnej czekają, zatem kolejne wyzwania, a ich pracownicy muszą nauczyć się je odkrywać. Należy przy tym pamiętać, że nie ma jak do tej pory dowodów wprost na to, że instytucje komercyjne medycznie skuteczniejsze od niekomercyjnych [11]. Powodem jest to, że chociaż własność jest czynnikiem bardzo ważnym, to nie jest wystarczającym. Bez wątplenia publiczna własność powinna być utrzymana tam, gdzie jest obawa o wystąpienie tzw. słabości rynku. Może to być np. brak motywacji prywatnych właścicieli do inwestowania w rozwój niektórych usług lub lokowania kapitału w niektórych regionach kraju. Utrzymanie publicznych instytucji jest uzasadnione też tam, gdzie mamy do czynienia z wysokospecjalistycznymi szpitalami lub jednostkami badawczymi i edukacyjnymi.

Jednak należy podkreślić, że stan świadomości społecznej oraz zakłócenia procesu przekształceń własnościowych nie mogą stanowić jedynego

uzasadnienia dla zaniechania tych procesów. Proces prywatyzacji można przeprowadzić, jak wskazuje teoria i praktyka, a mądrze przeprowadzony przynieść może pozytywne rezultaty.

PODSUMOWANIE

Zmiany w opiece zdrowotnej podobnie jak zmiany w innych obszarach muszą opierać się o określone zasady. Zasady są bowiem swoistego rodzaju drogowskazem dla agentów zmian. W opiece zdrowotnej konieczne jest przede wszystkim tworzenie systemu racjonalnego, a więc takiego, który byłby w stanie kształtować optymalne w danych warunkach proporcje między wielkością nakładów, które można przeznaczyć na ochronę zdrowia, a wielkością uzyskiwanego efektu zdrowotnego.

Z istotą zmian wiążą się także wymogi konstytucyjne. Zgodnie z konstytucją, - ale także zgodnie z szeroko uznaną, normą cywilizacyjną, - publiczny system zdrowotny musi być powszechnie dostępny i być zorganizowany w sposób, który sprzyja realizacji zasady sprawiedliwości w dostępie. Szansę na realizację wspomnianych wyżej zasad, można wiązać przekształceniami własnościowymi w opiece zdrowotnej. Mogą one stać się skutecznym środkiem łagodzenia wyjątkowych dewiacji i sprzyjać procesom uniezależnienia zarządzania opieką zdrowotną od regulacji wymuszanych przez otoczenie i nie zawsze sprzyjających szeroko rozumianej racjonalności. Z pewnością prywatyzacja nie może być traktowana jako panaceum na wszystkie bolączki polskiego systemu opieki zdrowotnej. Jej sukces lub porażka zależą będzie od zmian w otoczeniu socjalnym, prawnym, ekonomicznym i politycznym.

J. Jasińska, I. Bojar, A. Owoc

OWNERSHIP TRANSFORMATIONS – DIRECTION OF ANTI-CRISIS CHANGES IN THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE

SUMMARY

Changes are currently among the most important characteristics of the functioning of all open systems management, which are combined together: human, material and financial and information resources. The management of changes becomes, therefore, an opportunity and a necessity simultaneously for all who may have an influence on changes and plan to participate in their introduction. This is a process requiring special skills and comprehensive knowledge, and frequently experience, which would allow noticing well in advance the possibilities of the occurrence of interferences at the individual stages of the process. The management of changes may be compared to the skilled art of management in general, where the object subject, as well as the situation and mutual relationships create the conditions for success.

The presented publication discusses the problem of management changes from the theoretical, methodological, empirical and prognostic aspects. The foundation on which the considerations are based are changes in the health care system, with particular attention paid to changes in hospitals, which is the subject of own studies.

Health care is a specific area with respect to analysis performed from the perspective of the management of changes, for it is in constant movement. However, the above-mentioned specificity is not exclusively associated with this feature, but with abnormalities occurring

in the process of changes. These abnormalities are sometimes so deep that it is difficult to avoid suspicion that in this area the management of changes, the course of the process understood according to the organized activity, remains unknown. Chaos definitely dominates, enhanced by the omnipresence of the 'trial and error' method, temporary solutions and insufficiently considered decisions.

The analysis of changes is presented which took place in hospitals, as well as in the form of a description, and the results of studies concerning in what way the selected organizations managed the changes. The proposal of the direction of changes is also presented, at the bottom of which are primarily the results of the diagnosis made, and the principle of the efficiency of the process of changes in management. The cognitive advantage of the study may be referred to a wider cohort of organizations functioning in health care.

И. Ясиньска, И. Бояр, А. Овоц

ТРАНСФОРМАЦИЯ СОБСТВЕННОСТИ - ОСНОВНЫЕ АНТИКРИЗИСНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

Изменения, на сегодняшний день, являются наиболее значимой особенностью характеристик функционирования всех открытых систем, которые сочетают в целом: людей, материальные и финансовые ресурсы и информацию. Управление изменениями является, таким образом, возможностью и необходимостью для всех, кто может иметь влияние на изменения или намерены принять участие в их реализации. Это процесс, который требует определенных навыков и богатства знаний, а часто также и опыта позволяющего заблаговременно заметить возможное появление нарушений на различных ее этапах. Управление изменениями можно сравнить с искусством управления в целом, в котором субъект и объект, а также ситуация и взаимные отношения создают условия для достижения успеха.

В данной публикации представлены проблемы управления изменениями с точки зрения теории, методологии, эмпирии и прогноза. Основой, на которой базируются находящиеся в ней размышления, являются изменения в системе здравоохранения, с особым учетом изменений в больницах, которые являются предметом авторского исследования.

Здравоохранение – это специфическая, в контексте проведенного анализа область, с точки зрения управления изменениями. Находится оно в постоянном движении, но не только с этой характеристикой связывается данная специфика, но и с некоторыми нарушениями в процессе изменений. Нарушения, иногда настолько глубоки, что трудно избежать подозрений, что в этой области, управление изменениями в понимании процесса, который выполняется в соответствии со структурированными принципами, остается неизвестным. Повсеместно царит хаос и усугубляется он методом проб и ошибок, временными и плохо продуманными решениями.

В публикации рассмотрены изменения, которые произошли в больницах, а также представлены результаты исследований, каким образом отдельные учреждения управляли изменениями. Представлены также предложения направления изменений, которые в своей основе базируются на результатах диагностики, а также на принципах эффективности процесса управления изменениями. Познавательную ценность работы можно перенести на более широкое пространство организаций, работающих в сфере здравоохранения.

І. Ясіньска, І. Бояр, А. Овоц

ТРАНСФОРМАЦІЯ ВЛАСНОСТІ - ОСНОВНІ АНТИКРИЗОВІ ЗМІНИ В УСТАНОВАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

АНОТАЦІЯ

Зміни, на сьогоднішній день, є найбільш значущою особливістю характеристик функціонування всіх відкритих систем, які поєднують в цілому: людей, матеріальні

та фінансові ресурси та інформацію. Управління змінами є, таким чином, можливістю і необхідністю для всіх, хто може мати вплив на зміни або мають намір прийняти участь у їх реалізації. Це процес, який вимагає певних навичок і багатства знань, а часто ще й досвіду, котрий дозволяє завчасно помітити можливу появу порушень на різних її етапах. Управління змінами можна порівняти з мистецтвом управління в цілому, в якому суб'єкт і об'єкт, а також ситуація і взаємні відносини створюють умови для досягнення успіху.

У даній публікації представлені проблеми управління змінами з точки зору теорії, методології, емпірії і прогнозу. Основою, на якій базуються роздуми, є зміни в системі охорони здоров'я, з особливим урахуванням змін в лікарнях, які є предметом авторського дослідження.

Охорона здоров'я - це специфічна, в контексті проведеного аналізу область, з точки зору управління змінами. Знаходиться вона в постійному русі, але не тільки з цією характеристикою зв'язується дана специфіка, але і з деякими порушеннями в процесі змін. Порушення, іноді настільки глибокі, що важко уникнути підозр, що в цій області, управління змінами в розумінні процесу, який виконується відповідно зі структурованими принципами, залишається невідомим. Повсюдно панує хаос і посилюється він методом проб і помилок, тимчасовими і погано продуманими рішеннями.

У публікації розглянуті зміни, які відбулися в лікарнях, а також представлені результати досліджень, яким чином окремі установи управляли змінами. Представлені також пропозиції напрямку змін, які в своїй основі базуються на результатах діагностики, а також на принципах ефективності процесу управління змінами. Пізнавальну цінність роботи можна перенести на більш широкий простір організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я.

PIŚMIENNICTWO

1. www.mz.gov.pl
2. Obłój K., Ciszewska M., Kuśmierz A.: Strategie szpitali w warunkach reform. Wydawnictwo AE, Poznań, 2005.
3. Kotarbiński T.: Hasło dobrej roboty, WP, 1975.
4. Bittel L. R.: Krótki kurs zarządzania, AE, Poznań, 2008.
5. Podstawy ekonomii, red. Naukowa Milewski R. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003.
6. Arrow K. J.: Eseje z teorii ryzyka, PWN, 2007.
7. Tymowska K.: Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej, Instytut Spraw Publicznych, seria: Ekspertyzy, Warszawa 2004.

Data otrzymania: 26.05.2010.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.